

01
95 17.10.504

БИБЛИОТЕКА
* ВРАЧЕБНОЙ *
Г А З Е Т Ы

Проф. Л. КУТТНЕР

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ
И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ
ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ
ПИЩЕВАРИТЕЛЬНЫХ ОРГАНОВ
И ИХ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ МЕДИЦИНСКОЕ
ИЗДАТЕЛЬСТВО
МОСКВА · 1929 · ЛЕНИНГРАД

~Проф. Л. КУТТНЕР

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ
И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ
ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ
ПИЩЕВАРИТЕЛЬНЫХ ОРГАНОВ
И ИХ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ

ПЕРЕВОД С НЕМЕЦКОГО
д-ра И. И. ГУРЕВИЧА

Ленинградская Коммунальная Типо-Литография. Улица 3-го Июля, 55.
Ленинградский Областлит № 40423. Тираж 13000 экз. 3 п. л. Зак. № 4096.

Диагностические ошибки при заболеваниях пищеварительных органов и вытекающие из них ошибки терапевтические чаще всего зависят от того, что все жалобы больного стараются объяснить неврозом соответствующего органа, в то время как в действительности в основе этих жалоб лежат более или менее тяжелые изменения органического характера. Ошибки эти вполне понятны, но в то же время они часто влекут за собою весьма тяжелые последствия. Понятны — так как нужно принять во внимание, что даже тяжелые органические заболевания пищеварительного тракта не везде и не всегда сопровождаются клинически обнаруживаемыми симптомами. Тяжелые же последствия объясняются тем обстоятельством, что неправильная оценка действительного состояния влечет за собой весьма прискорбные ошибки и упущения при лечении.

Для доказательства нет надобности ссылаться на определенные случаи. Я не сомневаюсь, что всякому врачу самому приходилось переживать такой неожиданный сюрприз, когда у больного, который в течение ряда лет шел под диагнозом невроза, вдруг обнаруживались отчетливые болезненные явления, как профузное желудочное кровотечение, симптомы перфорации, отхождение камней и т. п. У каждого имеются такие наблюдения, которые показывают, что под так называемыми невротическими жалобами могут иногда скрываться начальные симптомы рака или другого серьезного заболевания. Будучи в подобных случаях уверены в том, что дело идет о сравнительно невинном „неврозе“, мы часто не прибегаем своевременно к оперативному вмешательству, которое иной раз могло бы спасти положение.

Поэтому необходимо очень и очень настойчиво указать, что с диагнозом невроза органов, а в особенности

идиопатического невроза органов пищеварения, нужно быть крайне осторожным. В прежнее время слишком переоценивали частоту подобных чисто нервных заболеваний; да и сейчас это можно еще сказать относительно тех врачей, которые не идут нога в ногу с общим прогрессом наших знаний.

В каждом случае, где имеется подозрение на нервный характер страдания, безусловно необходимо прежде всего подумать о всех тех органических заболеваниях, о которых при данных жалобах может идти речь. Если же с самого начала исходить из предположения о возможности здесь чисто нервного страдания, то обычно слишком легко можно себя на этом предположительном диагнозе успокоить, часто к величайшему вреду для больного и нередко также к стыду для врача. Конечно, на основании таких известных признаков нервных заболеваний, как одновременное наличие нервных жалоб общего характера, ослабление их при отвлечении внимания и усиление при волнении, отсутствие функциональных нарушений и т. д., можно иногда придти к правильному диагнозу, но, с другой стороны, нельзя упускать из виду также и того, что все эти так называемые характерные признаки часто нам изменяют или могут сопутствовать и органическим заболеваниям. Поэтому к признанию чистого невроза приходят обычно только *per exclusionem*. Было бы, конечно, очень хорошо, если бы мы могли, как этого хочет Katsch, непосредственно доказать наличие невроза, но с помощью имеющихся в настоящее время в нашем распоряжении средств это возможно только в редких случаях.

Отрицать существование пищеварительных неврозов, конечно, нельзя ни в коем случае, но в полном согласии с Бергманом я считаю, что именно в данной области настойчиво необходим полный пересмотр наших современных воззрений и представлений. Деление неврозов на чувствительные, секреторные и двигательные должно отпасть. Картину нервной диспепсии также нужно толковать совершенно иначе, чем это обычно было принято до сих пор.

Не может быть выраженной гастралгии, кардиалгии или энтералгии на чисто нервной подкладке; по край-

ней мере, я на большом, могу даже сказать громадном, материале заболеваний пищеварительных органов ни разу не наблюдал такого случая, где в основе подобных отчетливых болевых приступов не лежало бы какое-либо органическое заболевание. Довольно распространенный в прежнее время диагноз „нервной печеночной колики“ опирался, главным образом, на тот факт, что при операциях по поводу предполагавшегося холелитиаза часто в пузыре никаких камней не обнаруживали. В настоящее время мы уже знаем, что сильные боли могут быть обусловлены, даже при отсутствии камней, простым застоем желчи в пузыре или воспалением и инфекцией желчных путей; знаем мы также, что язве желудка и двенадцатиперстной кишки иногда и на операции никак не удается обнаружить, даже когда эти органы вскрыты и в них введены осветительные приборы. Мне попадались такие случаи, где язва повела к смертельному кровотечению и где на вскрытии уже на вырезанном органе ее удавалось найти только с большим трудом. На подобных случаях я ниже еще остановлюсь. Таким образом, отрицательные данные, полученные при операции на желудке, желчном пузыре и т. д., не дают еще полной уверенности в том, что в этих органах нет никакого болезненного нарушения. Так называемые неврозы желудка представляют собою, в большинстве случаев, частичное проявление общей невро- или психопатии, но они часто сопутствуют органическим желудочно-кишечным заболеваниям (ulcus, colitis и т. д.) или же — что всегда недооценивается и просматривается — они могут явиться следствием внежелудочных заболеваний, исходящих из аппендикса, желчного пузыря, матки, почек, печени, головного и спинного мозга и т. д. При этом либо происходит непосредственное возбуждение нервных центров желудка, либо они начинают проявлять свою деятельность рефлекторно. Отсюда ясно и само собою понятно, что при всяких жалобах пищеварительного характера всегда необходимо произвести общее исследование. Если такое исследование наталкивается на затруднения, то всегда желательно привлечь для консультации соответствующего специалиста,

как офтальмолога, отиатра, невропатолога или гинеколога. И действительно, пищеварительные органы находятся в очень тесных взаимоотношениях со всеми органами и системами человеческого тела. Не существует почти ни одного такого заболевания, при котором желудок, по крайней мере вначале, не был бы вовлечен в страдание; желудочные явления могут иной раз выступить даже на первый план.

В мою задачу не может входить изложение всех болезненных состояний, могущих дать повод к ошибочным диагнозам и вытекающему отсюда неправильному лечению. Я должен был бы тогда написать целое руководство, объемом, приблизительно, в 3 тома по патологии и терапии внутренних и хирургических заболеваний. От этого я должен, разумеется, отказаться и ограничусь только разбором тех областей, в которых, на основании моего опыта, чаще всего наблюдаются подобные ошибки.

Если при этом я уделяю несколько больше внимания диагностике и терапии, как таковой, то этим я преследую цель более отчетливого выявления соответствующих ошибок и стараюсь показать, каким путем легче всего оградить себя от назначения неправильных и бесполезных мероприятий.

На заболеваниях зубов и на различных поражениях десен, полости рта и носоглотки я останавливаюсь здесь постольку, поскольку неправильный диагноз может направить лечение по ложному пути. Заодно упомяну, что шаткость и выпадение видимо здоровых зубов, атрофия десен, альвеолярная пиоррея и т. д. вызывают подозрение на *diabetes mellitus* и, следовательно, обуславливают необходимость соответствующего исследования мочи и крови. При подобных заболеваниях зубов и десен следует подумать также и о других хронических болезнях, влекущих за собой развитие кахексии. Лечение должно быть, разумеется, не только местным, но должно быть также направлено и на все прочие заболевания. К вопросу о значении альвеолярной пиорреи при желудочно-кишечных заболеваниях я еще вернусь.

Я должен самым решительным образом высказаться против до сих пор распространенного взгляда, будто язык является зеркалом желудка. Попадаются врачи, которые при заболеваниях пищеварительных органов ограничиваются только осмотром языка; в то же время мне приходилось встречать таких больных, которые

бывали чрезвычайно поражены и даже возмущены тем обстоятельством, что, после самого тщательного и основательного общего исследования, я не предлагал им показать язык. В общем, свойства языка находятся в зависимости от состояния носоглотки, зубов и всей полости рта, от некоторых заболеваний носа, добавочных полостей и верхних дыхательных путей, словом от всех тех состояний, которые доставляют прекрасную питательную среду для микроорганизмов полости рта. Встречаются тяжелые, даже раковые заболевания пищеварительного тракта, при которых со стороны языка не отмечается никаких особых изменений. И, наоборот, язык может быть обложенным при совершенно нормальном желудочном пищеварении или при легких и доброкачественных заболеваниях желудка и прочих пищеварительных органов. Сильнее всего язык бывает обложен, повидимому, при остром гастрите (гастроэнтерите), при острых лихорадочных инфекционных заболеваниях и при хроническом гастрите у алкоголиков и курильщиков, которые к тому же страдают обычно еще и фарингитом. Но как бы то ни было, ни в коем случае нельзя на основании состояния языка делать тех или иных заключений касательно желудка. С другой стороны, я должен настойчиво обратить внимание на то, что при наличии жалоб на боли в области языка и в особенности при видимой атрофии слизистой оболочки, необходимо произвести тщательное исследование не только крови, но также и функций желудка. В основе таких явлений со стороны языка нередко лежит анадения слизистой желудка, а порой вторичный анацидный гастрит на почве рака, туберкулеза и т. д.

Изменения языка играют для терапевтов и практических врачей большую роль при так наз. *leucorhachia oris*, при пернициозной анемии, перитоните и тифе. Изменения, описанные под названием лейкоплакии рта и языка (*ichthyosis*, *psoriasis linguae*, *leucokeratosis* и т. д.), достаточно хорошо известны, и я могу на них не останавливаться. Я упомянул об этих поражениях потому, что, как показывают мои наблюдения, их часто принимают за сифилис или рак.

В развитии упомянутых изменений языка большое значение имеют хронические состояния раздражения разного рода (помимо сифилиса: алкоголь, никотин). Особенно расположенными к развитию лейкоплакии оказываются, повидимому, сифилитики, если они в то же время являются курильщиками. На почве лейкоплакии может развиваться рак (по данным Фурнье даже в $\frac{1}{3}$ всех случаев). По Бергману в 34,6% всех случаев рак языка развивается из лейкоплакии. Следующим исходным пунктом для образования рака являются участки, на которых был расположен первичный сифилитический аффе́кт. Таким образом, при диагностике и прогностике подобных изменений языка нужно быть весьма осторожным. Во всяком случае, если ограниченная лейкоплакия обнаруживает наощупь плотное основание, то она является подозрительной в смысле рака. При малейшем сомнении, т.-е. когда имеется хотя бы самое отдаленное подозрение на возможность рака обязательно нужно вырезать кусочек такой опухоли и с помощью микроскопического исследования уточнить диагностику. Саркома языка встречается очень редко. Это заболевание заслуживает особого внимания по той причине, что оно наблюдается во всяком возрасте, даже в детском.

Р Нигриты языка, так наз. „черный волосатый язык“, представляют собою совершенно невинное страдание; черная окраска зависит от химических влияний (напр., от зубного элексира). Этиология „*lingua geographica*“ представляется спорной. Развитие этого состояния объясняли наследственностью, расстройствами пищеварения и питания, врожденным сифилисом, кариесом зубов. Черни ставит его в связь с экссудативным диатезом. Антилюэтическое лечение остается безрезультатным; в противоположность этому, Эдуард Кауфман видел в одном случае излечение после основательного оздоровления зубов.

Гораздо большее диагностическое значение имеют описанные впервые Гунтером изменения языка при пернициозной анемии. Они могут быть причиной очень интенсивных болей, в особенности при употреблении острых и горячих блюд. Маттес характери-

зует их, как мельчайшее покраснение кончиков сосочков или как афтоподобные высыпи. Подобные же изменения встречаются, впрочем, и при скарлатине. Обусловленные этими поражениями жалобы проходят в общем довольно быстро, но все же мне приходилось видеть больных, которые в течение нескольких месяцев так страдали, что по ночам могли спать только захватив край подушки между зубами, а днем вставляли между челюстями пробку.

Довольно характерно состояние языка при различных формах перитонита, когда он бывает сух и покрыт бурым налетом. При перитоните величайшее диагностическое и прогностическое значение имеет сухость или влажность языка. Характерно и диагностически важно состояние языка также при тифе, где вначале мы видим треугольный участок у кончика языка и боковые его края свободными от налета, в то время как остальная поверхность оказывается сильно обложенной. В более поздних стадиях, при достаточном уходе за полостью рта, язык бывает равномерно красным.

Язвы полости рта и в особенности языка только в сравнительно редких случаях представляют диагностические затруднения. Туберкулезные язвы встречаются на мягком небе, на задней стенке носоглотки и относительно чаще на языке. Но в общем на этих местах они развиваются реже, чем в глотке и кишечнике. На дне этих язв удается иногда обнаружить туберкулезные бациллы. Обычно они представляют собою сопутствующее явление при одновременно существующем и далеко зашедшем легочном туберкулезе. При наличии соответствующих объективных данных со стороны легких диагноз может считаться установленным. Все же легко может произойти смешение с сифилитическими язвами, „plaques muqueuses“, в особенности с изъязвлениями третичного характера, зависящими от распада гуммозных узлов. В подобных случаях диагноз может быть подтвержден обнаружением спирохет и исследованием крови и общего состояния. Нужно иметь в виду также и то обстоятельство, что туберкулез и сифилис могут существовать

одновременно. Возможно более раннее выяснение имеющих процессов чрезвычайно важно, как в связи с опасностью переноса инфекции, так и, прежде всего, в смысле назначения правильного лечения.

Установить отличие от ангины Винцента очень легко с помощью мазка, в котором обнаруживаются общеизвестные веретенообразные бациллы и спириллы.

При диагнозе „острой лейкемии“ или алейкемии я часто руководствовался гангренозным стоматитом с грязно-серым налетом, который иногда ограничивался только миндалинами. Такой некротизирующий стоматит встречается не только при лимфатической, но и при миелобластической лейкемии.

Довольно существенное значение при диагностике заболеваний надпочечников имеют общеизвестные бурые пигментные пятна на слизистой губ и щек, на языке и т. д. Но конечно диагноз не должен основываться только на этой пигментации. *Melanoplakia oris* только в том случае имеет значение для диагноза Аддисоновой болезни, когда имеются на лицо и все прочие кардинальные симптомы этого страдания, т. е. усталость, апатия и т. д. Очень похожая на Аддисонову пигментацию окраска слизистой щек встречается вообще довольно часто.

Из всех заболеваний пищевода самым частым и практически самым важным является стеноз. В общем, диагностика этого страдания всегда ставится правильно, поскольку в нашем распоряжении в настоящее время имеются эзофагоскопия и рентгеновское исследование. Впрочем, на основании своего опыта я знаю, что картина болезни остается иногда нераспознанной.

В особенности легко просматриваются те случаи стенозов пищевода, где глотание совершенно не нарушено и где больные долгое время жалуются только на боли по краю ребер, иррадиирующие в спину. Случаи подобного рода, зависящие большей частью от изъязвляющегося рака пищевода, обычно принимают за мышечный ревматизм, межреберную невралгию, и иной раз даже за *angina pectoris* и т. д. Чтобы уберечь себя от подобных ошибок, необходимо тщательно соби-

рать анамнез и не упускать из виду произвести в соответствующих случаях исследование пищевода. Следуя старому учению Лейбе, я для этой цели пользуюсь сначала мягким желудочным зондом, с помощью которого стенизированный участок определяется легче, чем с помощью твердого и узкого зонда. Последний иногда совершенно незаметно проникает через стеноз и легко причиняет ранение, кровотечение и даже перфорацию. При подозрении на рак пищевода я приступаю к введению твердого зонда только в тех случаях, где на извлеченном мягком зонде нельзя было обнаружить ни малейших следов крови. Само собою разумеется, что при доброкачественных стенозах пищевода можно как для диагностических, так и для терапевтических целей пользоваться твердым зондом.

Как известно, диагноз не исчерпывается одним установлением факта сужения пищевода. Для правильной терапии еще большее значение имеет месторасположение и характер стеноза. Обычно при подобных состояниях, долго не размышляя, ставят диагноз рака пищевода или рака желудка, распространяющегося на *cardia*. В $\frac{3}{4}$ всех случаев (Ад. Шмидт) такой диагноз, действительно, оказывается правильным. Но один единственный неверный диагноз такого рода, т. е. ошибочное признание рака и, следовательно, вынесение смертного приговора, в то время как в действительности дело касается вполне доброкачественного заболевания, допускающего не только улучшение, но даже излечение, может лишить врача всего к нему уважения и всей практики, как это пришлось пережить мне самому. Если при подобных обстоятельствах больной, услышав диагноз „рак“ и сознавая неизбежность смертного исхода, обращается к знахарю, который с помощью совершенно безразличных или „специальных“ приемов его излечивает, то все доверие к врачу и к врачам вообще, разумеется, будет потеряно.

Чтобы оградить себя от подобных неприятностей, я вместе с Лейбе рекомендую ставить диагностику рака пищевода только в том случае, когда все доброкачественные, ведущие к стенозу пищевода, поражения могут быть исключены. С этой целью прежде всего

необходимо произвести самое тщательное исследование органов грудной полости и собрать подробный анамнез, для того чтобы выяснить, не вызывается ли стеноз пищевода причинами, лежащими вне его. Здесь, в зависимости от высоты расположения стеноза, нужно иметь в виду следующие возможности: увеличение шейных лимфатических желез, плотную воспалительно-гнойную инфильтрацию в области шеи, струмы, иной раз *struma substernalis*, аневризмы, опухоли средостения, перикардальный экссудат и прочие интраторакальные процессы, *hernia diaphragmatica*, процессы сморщивания по соседству с пищеводом, искривления позвоночника, иногда с кариозным процессом в позвонках и с натечным абсцессом, затем дивертикулы пищевода, которые при своем наполнении сдавливают пищевод с боков и делают его непроходимым, наконец, спастические стриктуры, которые мне приходилось наблюдать не только у истеричных женщин, но довольно часто и у сильных мужчин со здоровой нервной системой. Если учесть все перечисленные процессы, можно в конце концов прийти к правильному диагнозу.

Из причин, локализующихся в самом пищеводе и вызывающих его сужение, на первом месте стоят инородные тела. Большей частью дело идет здесь о проглоченных зубных протезах или отдельных отломавшихся зубах; удаление их с помощью эзофагоскопа сопряжено часто со значительными трудностями, так как пластинка протеза острым своим краем может настолько прочно внедриться в слизистую, что всякая насильственная попытка экстракции очень легко может повести к развитию медиастинита. Просвет пищевода может быть также закрыт проглоченной костью, воткнувшейся в его стенку. Значительно реже встречаются в пищеводе полипы. Они исходят обычно из нижней части глотки и свисают вниз в пищевод. Иной раз их удается обнаружить при ларингоскопическом исследовании. Гораздо чаще непроходимость пищевода зависит от рубцовых стриктур. Подобные рубцовые стриктуры на почве ожогов слизистой нечаянно или нарочно принятыми кислотами, щелочами или другими едкими веществами, попадались в прежнее время гораздо чаще

в связи с распространенными тогда способами самоубийства; за последние же годы, когда самоубийцы стали чаще прибегать к отравлению окисью углерода, подобные состояния встречаются редко. Мне пришлось наблюдать несколько случаев, проверенных на рентгене, где после ожогов развивался не один, а два стеноза: в верхней части пищевода и непосредственно над кардией.

Только после исключения всех этих экстра- и интраэзофагеальных процессов, могущих повести к стенозированию пищевода, следует остановиться на диагнозе рака, который чаще располагается в средней или нижней его трети.

Обычно уже при введении зонда может возникнуть предположение о распаде рака, благодаря появляющимся при этом отрывкам с неприятным запахом; диагноз подтверждается, если в отверстиях извлеченного зонда набираются дурно пахнущие слизистые и кровавые массы. При распадающемся раке я иной раз обнаруживал в отверстиях зонда частицы ткани, которые при микроскопическом исследовании точно подтверждали диагноз.

Если с помощью желудочного зонда не удастся обнаружить стеноза, то это все же не дает еще права исключать возможность рака пищевода. Я вспоминаю о нескольких таких случаях, где непроходимость пищевода до самого момента смерти ничем или почти ничем не давала себя знать. Иной раз совершенно суженный участок пищевода внезапно снова становится проходимым для жидких и кашицеобразных блюд. Больной рассматривает это, конечно, как признак наступившего улучшения; в действительности же такое явление нужно считать *signum mali ominis*, и объясняется оно прогрессирующим распадом злокачественного новообразования. Мне пришлось также убедиться в том, что мало опытные врачи считают иной раз возможным исключить стенозирующую опухоль на том основании, что им без труда удалось ввести зонд почти на 45 см и что они якобы достигли при этом желудка. Диагностическая ошибка противоположного характера зависит от того, что неопытный в зондировании врач прини-

мает за стенозирующий рак то сопротивление, которое в естественных условиях ощущается при проведении зонда через область кольцевидного хряща гортани.

Среди моего материала имеется 3 случая, где рак, расположенный в средней трети пищевода, долгое время протекал латентно. Лишь после того, как последовало прободение в дыхательные пути, появился целый ряд симптомов. Во всех трех случаях диагноз был поставлен только на вскрытии. Рак пищевода может повести иной раз к развитию вторичного рака желудка. Нередко при раке пищевода мне приходилось видеть паралич голосовых связок в результате сдавления п. *recurrens*, в особенности с левой стороны. Часто отмечается неравномерность зрачков. Нужно, разумеется, обращать внимание и на метастазы, могущие развиться в печени и других органах. Железистые метастазы чаще всего можно обнаружить в лимфатических железах, расположенных у корня легких. Они бывают очень ясно заметны при рентгеновском исследовании.

Простой эзофагит редко обуславливает дисфагию, но иногда при нем наблюдаются боли, в особенности при проглатывании пищи. Более значительные нарушения глотания наблюдаются при *oesophagitis exfoliativa*; это заболевание встречается очень редко и зависит обычно от ожогов или от дифтеритического поражения. Точно также редким заболеванием являются язвенные процессы в пищеводе на почве туберкулеза или сифилиса. Несколько чаще приходится видеть у кахектичных и очень истощенных больных так наз. пролежни пищевода, развивающиеся на передней и задней стенке глотки на границе ее с пищеводом и легко обнаруживаемые с помощью ларингоскопа. Крайне редкие пептические язвы пищевода располагаются всегда в нижней его части и развиваются только при нарушении по каким либо причинам в данном месте кровообращения и при проникании сюда, благодаря регургитации, кислого или гиперацидного желудочного сока. Ноорден насчитывает на 50000—60000 вскрытий один такой случай. Мне самому пришлось диагностировать и лечить *ulcus pepticum oesophagi* только два раза.

В обоих случаях дело касалось молодых женщин. У одной из них пришлось произвести гастростомию, так как, несмотря на тщательное лечение, жалобы не уменьшались; в течение 2-х лет кормление производилось через фистулу желудка. В течение последних месяцев она закрывала отверстие фистулы простой пробкой, завернутой в стерильную марлю. Постепенно она стала принимать рег. напитки и тщательно измельченные блюда. Когда желудок оказывался слишком наполненным, она сама вынимала из фистулы пробку и с помощью сильного надавливания выжимала желудочное содержимое. Однажды по поводу праздника она выпила слишком много вина. Благодаря обычному своему выжиманию желудочного содержимого она избежала тех неприятных ощущений, которые испытали остальные больные, принимавшие участие в празднестве. Когда она забеременела, то благодаря давлению увеличенной матки фистула расширилась и 5 пробок провалились в желудок; 3 пробки больная удалила сама с помощью наполнения желудка водой и с последующим выжиманием; 2 пробки остались в желудке. Мне удалось их прощупать и продвинуть до отверстия фистулы, но удалить их без оперативного вмешательства оказалось невозможным.

Все приведенные здесь заболевания пищевода удается обычно правильно диагностировать с помощью рентгеновского исследования и желудочного зонда. В некоторых случаях приходится прибегать также и к эзофагоскопии, но в общем я считаю, что этот метод даже в отдаленной степени не может равняться с двумя только что упомянутыми. Помимо этого, он требует определенной техники, является крайне тягостным для больного, а в руках неопытного исследователя представляет даже известную опасность. Впрочем, проведенное *lege artis* зондирование и даже введение мягкого желудочного зонда также могут повести к весьма серьезным последствиям, вплоть до смертельного исхода, если к ним приступают без предшествовавшего общего исследования, в особенности органов грудной полости. Прежде всего необходимо отказаться от всякого зондирования, даже от введения мягкого желудочного зонда, не говоря уже об эзофагоскопии, во всех тех случаях, где имеется хотя бы малейшее подозрение на аневризм аорты.

Мне пришлось видеть 2 случая аневризм с одновременным подозрением на рак пищевода, где вслед за введением желудочного зонда тут же последовала внезапная смерть. Производивший зондирование весьма опытный ассистент успел ввести зонд только до входа в пищевод, как больной тут же в кровати скончался. На вскрытии была обнаружена остро развившаяся *aneurysma dissecans*. У второго больного, который был прислан ко мне для функционального исследова-

ния желудка, по поводу имевшихся у него жалоб, я обнаружил определенные признаки аневризмы дуги аорты. Несмотря на настойчивые просьбы больного, я отказался от введения зонда. Но больной этим не ограничился и обратился к другому врачу, который уступил его настоянию и ввел зонд. И в этом случае непосредственно вслед за введением зонда наступила смерть вследствие прорыва аневризмы.

Поэтому, в целях более точной ориентировки, всегда следует перед зондированием и эзофагоскопией произвести рентгеновское исследование органов грудной полости; только после того, как таким путем удастся убедиться в нормальном состоянии этих органов, можно приступать к введению инструментов. Рентгеновское исследование является для этих целей незаменимым: оно удобно и безопасно, дает точные указания на наличие аневризмы, а с помощью контрастной массы также и на некоторые аномалии и болезни пищевода. Это обстоятельство является тем более важным, что совсем нередко, как показывает мой опыт, аневризмы могут существовать одновременно с различными поражениями пищевода, напр. при кардиоспазме с последующей эктазией, а также при настоящих дивертикулах.

Наблюдающиеся при рентгеновском исследовании диагностические ошибки, на которые особенно указывает Ад. Шмидт, а именно, смещение стеноза пищевода с аневризмой, мне также пришлось пережить два раза, но это было еще в самом начале рентгенологической эры. В то время клиническое исследование имело большее значение, чем рентгеновское. Теперь, когда снимки производятся при наполненном контрастной массой пищеводе, подобное смещение едва ли возможно.

Дальнейшими противопоказаниями для исследования пищевода, как мягкими или плотными, так и эластичными или несгибающимися инструментами, я считаю язвы пищевода, в особенности *ulcus peritum oesophagi*, затем подозрение на варикозное расширение вен на почве застоя в области воротной вены и распространенный артериосклероз *habitus apoplecticus*. При беременности я решаюсь на введение инструментов только при наличии настойчивых показаний. При подозрении на возможность дивертикула, я обычно проделываю до зондирования рентгеновское исследова-

ние. Как известно, нужно отличать застойные и идиопатические расширения от пульсионных и тракционных дивертикулов. Все подобные состояния, конечно, достаточно хорошо известны. Тем не менее я считаю необходимым привести здесь наблюдения, имеющие совершенно особое значение.

Мне были представлены трое больных с указанием на необходимость производства гастроэнтеростомии по поводу значительной задержки пищи в желудке. Один из этих больных специально для операции приехал из Америки. Во всех этих случаях, действительно, имелась большая задержка, т. е. наличие больших количеств пищевых остатков натошак. Задержка эта происходила, однако, не в желудке, а в нижней трети пищевода и зависела от кардиоспазма, сопровождавшегося расширением пищевода и так наз. шилообразным его вытяжением. Ясно, что в подобных случаях гастроэнтеростомия не могла принести никакой пользы. В двух случаях я имел возможность на вскрытии видеть, что рак пищевода развился из небольшого тракционного дивертикула. В нескольких других случаях тракционные дивертикулы, протекающие обычно без всяких симптомов, перфорировались, в результате чего развилось тяжелое состояние (медиастинит, перикардит, гангрена легкого и т. д.)

Я не буду останавливаться на тех методах, которые применялись для диагностики расширений и дивертикулов в дорентгеновскую эру. С тех пор, как в нашем распоряжении имеется удобный и безопасный рентгеновский метод, все они оказались более или менее излишними. Само собою разумеется, что после рентгеновского исследования, если только не будет установлено соответствующих противопоказаний, мы должны для диагностических и терапевтических целей произвести зондирование и эзофагоскопию. Аускультация пищевода с целью выслушивания шума продавливания и шума проходящей струи представляет собою метод совершенно ненадежный.

Можно вкратце упомянуть здесь, что при различных заболеваниях пищевода наблюдаются иногда кровотечения, которые обычно принимают за желудочные, в то время как в действительности они происходят из самого пищевода. Эти кровотечения зависят чаще всего от варикозного расширения вен нижнего отрезка пищевода, которое развивается особенно при циррозе печени, тромбозе воротной вены и нередко при сифилитической дольчатой печени. Кровавая рвота может иной раз явиться у молодых лиц первым и единственным

симптомом цирроза печени (Зеленский). По моим наблюдениям такие кровотечения бывают обычно очень сильными, порою даже смертельными. При этом участок перфорации может оказаться очень небольшим или даже едва видимым. Анамнез, пальпация печени и селезенки и т. д. тотчас же укажут на истинную причину и локализацию заболевания. Мне, точно так же, как и Маттесу, пришлось видеть 2 случая смертельного кровотечения при прорыве аневризмы грудной аорты в пищевод.

При наличии кардиоспазма я получал хороший терапевтический результат с помощью зонда, Штарка. В руках самого Штарка этот метод давал, разумеется, наилучшие результаты.

За многие годы своей деятельности я передал в руки хирургов только одну молодую женщину, которая из-за кардиоспазма извергала со рвотой все, что бы ни съедала, и очень сильно похудела. Растяжение кардии хирургическим путем оказало только кратковременное действие. В конце концов я ввел ей несколько раз Штарковский зонд, в результате чего она снова получила возможность все есть, не вырывая.

При раковом стенозе пищевода я уже давно отказался от систематического применения зонда для расширения суженного участка. Помимо того, что форсированные попытки зондирования могут повлечь за собой перфорацию, лечение с помощью зонда вызывает все время новое раздражение, которое ведет к воспалению расположенных над стенозом участков пищевода, к усилению обычных при этом рефлекторных спазмов и к кровотечениям, и которое, кроме того, может ускорить распад опухоли. От введения Лейден-Ренверзовской канюли, от лечения с помощью твердых металлических зондов и т. д., почти все уже отказались, так как от всех этих методов приходилось видеть больше вреда, чем пользы. Я больше не пользуюсь также рекомендованными Гакером кишечными струнами и зондами с кривизной Мерсье. В противоположность этому, я считаю весьма важным борьбу с рефлекторными спазмами, а также промывания расширенных участков пищевода над местом стеноза. В этом отношении я получал хорошие результаты от небольших доз морфия приблизительно за полчаса до приема пищи и от промывания расширенного мешка небольшим коли-

чеством теплой воды. Часто я ограничиваюсь только аспирацией застоявшихся остатков пищи и прибегаю к промыванию только в том случае, если эти остатки оказываются такими грубыми, что с помощью одного отсасывания удалить их представляется невозможным. Для этой цели я всегда пользуюсь только желудочным зондом. Питательных клизм я почти никогда не применяю; в тех случаях, где я к ним прибегаю, я делаю это из чисто психических соображений, имея ввиду показать такому безнадежному больному, что он не голодает и что такое питание вполне может заменить невозможное у него введение пищи естественным путем. В противоположность этому, у меня создалось такое впечатление, что при значительных раковых стенозах пищевода на течение болезни оказывает благоприятное влияние введение жидкости *per rectum*, лучше всего в форме капельных клизм; если же последние почему-либо нельзя провести, то 2—3 раза в день вводится по 300 *см*³ физиологического раствора поваренной соли или раствора виноградного сахара и т. п. Хорошее действие в моих случаях оказывали клизмы из бульона с вином (200 *см*³ тепловатого бульона и 80 *см*³ Рейнского вина).



а вопрос о том, когда именно при раковом стенозе пищевода показано производство гастростомии, от различных авторов получаем разные ответы. Если больная может принимать жидкую и темную кашеобразную пищу, я не вижу надобности в наложении желудочной фистулы. Я считаю, что модальность для производства гастростомии наступил, если введение жидкой кашеобразной пищи стало невозможным или, вообще говоря, когда питание больных изо дня в день все падает.

От радио- и рентгенотерапии рака пищевода я не только не видел никакой пользы, но скорее даже вред. При лечении стенозов доброкачественного характера необходимо, само собой разумеется, считаться с их этиологией.

При рубцовых стенозах, на почве ожогов, необходимо провести систематическое расширение стеноза с помощью зондов. На основании моего опыта такое

зондирование в большинстве случаев должно производиться с некоторыми перерывами вплоть до конца жизни больного, так как подобные стенозы обнаруживают наклонность к прогрессивному усилению. Среди различных авторов нет еще единства во взглядах на то, когда при ожогах пищевода необходимо начинать лечение зондированием. В то время, как раньше из опасения перфорации рекомендовалась в отношении зондирования выжидательная тактика, в настоящее время раздаются голоса в пользу раннего введения зонда с целью предупреждения развития сильного или более грубого стеноза. По моему мнению то или иное решение этого вопроса в немалой степени зависит от того, насколько для этого технически подготовлен берущийся за зондирование врач. Но и опытный врач поступит правильно, если будет индивидуализировать каждый отдельный случай. До тех пор, пока приходится считаться с наличием свежих язв, я не могу рекомендовать применения зонда. Точного срока указать здесь, конечно, нельзя, но во всяком случае, прежде чем приступить к зондированию, нужно переждать недели 2—3. От разбухающих зондов я ни разу не видел благоприятного результата и в настоящее время я не пользуюсь больше ни ими, ни аналогичными инструментами. Другие методы, предложенные для расширения доброкачественных стенозов, за исключением вышеупомянутого, введенного Ш т а р к о м для лечения кардиоспазма, зонда, также не получили распространения. В настоящее время чаще, чем раньше, следует прибегать к хирургическому лечению путем наложения искусственного пищевода. Показания к подобному вмешательству должны зависеть от места расположения стеноза и от особенностей данного случая. При пульсионных дивертикулах излечение возможно только путем экстирпации мешка. Применяемую иногда при подобных состояниях гастростомию нужно рассматривать только как паллиативное средство, о котором речь может идти только у сильно истощенных больных. Исход подобной операции в самом лучшем случае будет только преходящим. Я не видал заслуживающих внимания результатов также от дивертикульного зонда Л е й б е - Ц е н к е р а. В противополож

ность этому, в тех случаях, где радикальная операция невозможна или где больной от нее отказывается, я считаю показанным регулярное и осторожное промывание дивертикула.

На этом я заканчиваю вопрос о заболеваниях пищевода и перехожу к диагностическим и терапевтическим ошибкам при заболеваниях желудка.

Самая частая и по моему мнению самая крупная диагностическая ошибка заключается в том, что *ulcus peritricum*, расположенный как в желудке, так и в двенадцатиперстной кишке, своевременно не распознается и слишком поздно подвергается лечению. Такое упущение чаще всего приходится видеть со стороны тех врачей, — число их довольно велико, — которые при подозрении на язву полагаются только на рентгеновское исследование желудка и двенадцатиперстной кишки. Если результат такого исследования окажется отрицательным, то диагноз язвы отвергается, и противоязвенное лечение не применяется. В подобных случаях, несмотря на сомнения со стороны самих больных, все время диагностируется нервное страдание желудка или же пытаются свести все жалобы на злоупотребление курением, на гастроптоз, катарр желудка и т. д. До сих пор еще весьма распространено такое представление, что опущение желудка может служить причиной очень значительных жалоб; представление это является абсолютно ошибочным, на что необходимо указать со всей решительностью. Птоз желудка в большинстве случаев представляет собою частичное проявление общего опущения органов брюшной полости, т. е. он является аномалией, а вовсе не заболеванием, обуславливающим те или иные нарушения; с этим согласен также и А. Д. Шмидт. Если же при гастроптозе являются определенные жалобы, то следует предположить, что к опущению присоединился еще какой-то процесс, требующий особого лечения. Как бы то ни было, всякое оперативное вмешательство, будь то гастропексия или подшивание *ligamentum gastrohepaticum*, или гастроэнтеростомия, предпринимаемое в неосложненных случаях гастропроза, следует считать терапевтической ошибкой. Это же относится и к неосложненным случаям энтеропроза, нефропроза и т. д.

В юбилейном сборнике, посвященном Корани, я очень подробно остановился на вопросе о том, каким образом можно объяснить тот факт, что находящиеся под наблюдением практических врачей и даже специалистов по желудочным болезням и хирургов случаи язвы часто с большим трудом поддаются лечению, в то время как с патолого-анатомической точки зрения пептические язвы „обладают выраженной склонностью к быстрому излечению“ (Гарт и др.). Я пришел к тому выводу, что это противоречие объясняется главным образом тем, что к лечению очень часто приступают только тогда, когда самый благоприятный момент, т.-е. когда язва находится еще в стадии *ulcus simplex*, уже упущен. В устной и письменной форме я уже неоднократно указывал на то, что очень часто за так наз. истеро-неврозом скрывается настоящая язва, и что во всяком случае нельзя ее исключать на основании только наличия нервных симптомов, хотя бы они превалировали во всей картине болезни. Всякому опытному врачу хорошо известен тот факт, что в довольно значительном количестве случаев *ulcus peritissim* ничем не обнаруживается даже при безупречной технике; однако, факт этот в общем недооценивается. Действительно, при язве отмечается известное несоответствие между рентгенологическими и клиническими данными. При таких состояниях, где клинические данные и анамнез с определенностью указывают на язву и где имеются такие характерные признаки, как *hämatemesis*, *meläna* и т. д., мы на рентгене часто не можем найти решительно никаких болезненных изменений ни в желудке, ни в двенадцатиперстной кишке. И наоборот, при совершенно атипичных желудочных жалобах мы обнаруживаем на рентгеновском снимке определенные признаки калезной или пенетрирующей язвы. Впрочем, при свежих язвах и при подозрении на *ulcus penetrans* следует быть чрезвычайно осторожным с применением контрастного завтрака, на что я указывал еще несколько лет тому назад. Мне приходилось наблюдать у язвенных больных после рентгеновского исследования кровотечения и даже перфорацию желудка. В прежних своих выводах я считал невыяснен-

ным, происходит ли это „post hoc“ или „propter hoc“. Так как в настоящее время появились аналогичные сообщения других авторов (Битторф, Амберггер и др.), то следует признать, что между подобными осложнениями и приемом контрастного завтрака существует прямая зависимость. На основании такого своего опыта я стал в случаях свежих язв очень осторожным с рентгеновским исследованием; благодаря этому мне за последние годы больше не приходилось видеть от применения контрастного завтрака никаких неприятных или роковых последствий.

До самого последнего времени мы рентгенологически различали только две группы язвенных случаев: 1) устанавливаемые с несомненностью, благодаря обнаружению язвенной ниши (Гаудек, Рейхе, Фаульгабер) и 2) устанавливаемые с известной степенью вероятности на основании „косвенных“ рентгенологических симптомов в связи с прочими клиническими данными.

Однако, имеется довольно значительное количество таких язвенных больных, у которых при клиническом исследовании обнаруживаются несомненные признаки заболевания, между тем, как рентгеновское исследование не дает никаких положительных или хотя бы более или менее веских данных. Вообще, часто встречаются такие случаи, где мы не рекомендовали бы прибегать к рентгену только из диагностических соображений. Ведь само собою разумеется, что при клинически несомненном случае язвы мы даже и при отрицательных рентгенологических данных все равно назначим противовоспалительное лечение. Остается все же весьма значительное количество случаев язвы, где даже самый опытный в данной области врач и самый лучший исследователь может высказать только предположение о наличии язвы, но не диагностировать ее с точностью. Понятно, что при таком подозрении на язву рентгеновское исследование может подтвердить диагноз. К сожалению, до самого последнего времени нам не были известны те рентгеновские картины, которые соответствуют анатомическим промежуточным стадиям, лежащим между нормальной и здоровой желудочной стен-

кой с одной стороны и выраженной нишей с другой. Мы должны быть благодарны Артуру Френкелю за то, что он в своем, описанном в 1925 году „симптоме закрепки“ („Riegelsymptom“) дал нам ранний признак, могущий иногда при подозрении на язву сделать диагноз несомненным.

„Симптом закрепки“ представляет собою, по Френкелю, дефект в движениях желудочной стенки, а именно на малой кривизне. Здесь иной раз удается отметить участок длиною приблизительно в 8 мм (иногда еще меньший), на котором перистальтика не происходит. На этом участке не обнаруживается никаких видимых морфологических особенностей, а имеется только „продольный дефект подвижности“. Это нарушение перистальтической подвижности на малой кривизне особенно отчетливо выступает на кинографической диаграмме, но имеются также сообщения, — что очень важно, — где „симптом закрепки“ устанавливался и без кинографического аппарата (в случаях, подтвердившихся на операции). По моим наблюдениям „симптом закрепки“ удается обнаружить приблизительно в $\frac{1}{5}$ всех подозрительных на язву случаев. Поэтому необходимо определенно указать, что и с помощью этого симптома отнюдь не все случаи язвы могут быть установлены рентгенологически. Все же „симптом закрепки“ дает возможность обнаруживать язву в более высоком проценте случаев, чем раньше, но прежде всего также и в более ранней стадии.

Само собою разумеется, что, помимо „закрепки“, мы должны также обращать внимание и на остальные положительные рентгенологические признаки, как ниша, зубчатость, радиарная складчатость и т. д. Но даже при отсутствии всех решительно рентгенологических симптомов язвы нельзя еще окончательно исключить. Анамнез и клинические данные, обнаруживаемые с помощью старых и новейших методов исследования, по прежнему сохраняют все свое значение. При этом следует заметить, что положительный результат пробы на скрытое кровотечение имеет значение только в связи со всей клинической картиной болезни. Отрицательный же результат пробы ни в коем случае не исключает возможности язвы. По исследованиям, произведенным на больных моего отделения В. Левенбергом, даже при отрицательном результате каталитических реакций и спектроскопических реакций на гемохромоген определенное значение для диагностики и терапии может иметь обнаружение в испражнениях гематопорфирина (по Снапперу). Поэтому в неясных и ответственных случаях при отрицательном результате исследований на

скрытую кровь следует произвести исследование испражнений на присутствие гематопорфирина. Первоначально Снаппер, а после него Эрих Адлер на основании большого материала доказали, что этот метод может служить также для отличия кровотечений из выше расположенных отделов пищеварительного тракта от геморроидальных кровотечений. Дальнейшие наблюдения показали, что обнаружение гематопорфирина имеет большое значение и в тех случаях, где наряду с геморроидальными кровотечениями имеется также язва. На основании исчезновения гематопорфирина можно в подобных случаях узнать о прекращении кровотечения из язвы.

Выраженная постоянная гиперсекреция при содержащем соляную кислоту желудочном соке определенно говорит за *ulcus*, но это в одинаковой мере относится как к язве желудка, так и к язве двенадцатиперстной кишки. Более или менее выраженное нарушение опорожнения желудка, т.-е. „эвакуаторная недостаточность“, в соединении с эйхлоргидрией или гиперхлоргидрией также говорит за язву. Этот симптом наблюдается, однако, не только при язвах, расположенных у самого привратника, но также, как результат отдаленного влияния, при находящихся далеко от привратника язвах малой кривизны; в последнем случае он бывает, правда, не так резко выражен, как при рубцовом стенозе. Поздние и голодные боли наблюдаются часто, но отнюдь не всегда, при *ulcus duodeni*; но в то же время они встречаются и при язве желудка, при заболеваниях желчных путей и т. д. Не существует такого анамнеза, который являлся бы характерным только для язвы двенадцатиперстной кишки.

Я несколько подробнее остановился на вопросе о диагностике язвы, в особенности в ранних ее стадиях. Но должен сказать, что первой нашей задачей остается раннее лечение пептической язвы, и если мы хотим получить лучшие результаты, чем раньше, — а это ведь и является нашим стремлением, — то мы должны для этой цели использовать все имеющиеся в нашем распоряжении средства. Если диагноз „*ulcus*“ установлен определенно и если имеется достаточно данных

о месте расположения язвы, о состоянии секреторной функции и эвакуаторной способности желудка, то необходимо самым решительным образом приступить к серьезному лечению. Нужно остерегаться каких бы то ни было уступок. Здесь довольно часто приходится переживать неприятные сюрпризы, обычно к несчастью для больного. Вся сумма клинических и рентгенологических данных в каждом отдельном случае дает опорные пункты для правильного лечения, а также решает вопрос об оперативном вмешательстве и его характере.

Я считаю обязательным лечение лежанием и диетой длительностью в несколько недель. При кровотечениях и при упорных серьезных жалобах я в течение первых 2—3 дней не даю ничего per os; от питательных клизм едва ли можно ожидать какой-либо пользы; скорее ее можно получить от капельных клизм из 0,9% раствора поваренной соли и от 5% раствора сахара. При тяжелых кровотечениях я отказываюсь даже и от них, так как мне неоднократно приходилось наблюдать при этом усиление перистальтики, а при наклонности к кровотечениям также появление нового hæmatemesis или melæna. В подходящих случаях можно с пользой применять подкожное или внутривенное питание, т. е. вливания физиологического раствора поваренной соли, Рингеровского раствора или нормосаля. От особенностей каждого отдельного случая будет зависеть также, будем ли мы в дальнейшем придерживаться диеты Ленгартца или же целесообразнее будет следовать предписаниям Лейбе. Как бы то ни было, обширная дискуссия, возникшая вокруг этих двух диет, оказалась полезной в том отношении, что теперь уже не придерживаются так строго, как раньше, той неподвижной схемы, которая дана Лейбе, а стараются больше индивидуализировать, и в общем, после первоначально весьма строгой диеты, быстрее разрешают добавления, что я считаю самым правильным.

Лечение по методу Сиппи дает по моим наблюдениям результаты не лучшие, чем другие общеупотребительные щадящие диеты и лечебные средства. Я вынужден бывал часто вносить в эту диету свои моди-

фикации, так как она плохо переносилась и вызывала тошноту, рвоту и понос. Только немногие больные оказывались в состоянии в течение более долгого времени строго придерживаться всех предписаний Сиппи. Было бы очень хорошо, если можно было бы придерживаться метода, рекомендованного Ноорденом, т.е. щадящего и диететического лечения в течение 2—3 лет, с промежутками не более полугода и длительностью не менее 2—3 недель, но это наталкивается очень часто на сопротивление со стороны больных, в особенности в свободные от жалоб периоды.

Едва ли где назначается теперь лечение крупными дозами висмута. Применение у язвенных больных дуоденального зонда я считаю рискованным. От впрыскиваний желатины, внутривенных инъекций поваренной соли и от различных других кровоостанавливающих средств я почти не видел, при желудочных и дуоденальных кровотечениях, благоприятных результатов. При профузных кровотечениях я придаю особое значение возможно более полному покою желудка, а потому назначаю в течение первых дней морфий, пантопон или опий и одновременно также камфору или кардиазол. Таким путем легче всего удастся создать необходимый для излечения язвы покой и устранить то состояние слабости и возбуждения, которое обычно наблюдается у больных в связи с подобными кровотечениями. Я очень хорошо знаю, что против применения камфоры и т. п. могут последовать возражения, но мне ни разу не приходилось наблюдать от этих средств никаких неприятных последствий, а всегда только успокоение; я могу без преувеличения сказать, что я лечил по такому способу сотни случаев язвы. Относительно того, остановилось ли уже желудочное или дуоденальное кровотечение, лучше всего можно судить по состоянию пульса. Скрытые кровотечения могут еще держаться в течение нескольких недель после *hämatemesis* или *meläna*, но часто они исчезают очень быстро после прекращения кровотечения, и во многих случаях уже через 4—6 дней испражнения не содержат даже следов крови. Во всяком случае, скрытые кровотечения сами по себе не дают никаких

указаний в смысле лечения. Мне неоднократно приходилось убеждаться в том, что лиц, во всех остальных отношениях совершенно здоровых, только на основании скрытых кровотечений держат в течение ряда недель или даже месяцев в постели и лечат все более и более строгой диетой.

Довольно хорошие результаты при лечении язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, а в особенности при лечении наступающих в результате такого заболевания кровотечений, я видел от рекомендованных Пленом переливаний больших количеств крови. Подобные переливания крови имеют громадное значение и часто оказывают блестящее действие в смысле восстановления сил у более или менее обескровленных больных, которым после прекращения кровотечения показано оперативное вмешательство. Тем не менее я не могу умолчать, что трансфузия не всегда приводит к цели. Я все же рекомендую лечение переливаниями больших количеств крови, но не советую выжидать с их применением до тех пор, пока силы больного будут слишком истощены. В какой степени с помощью таких переливаний можно добиться длительного действия в смысле кроветворения и замещения крови, покажут только дальнейшие наблюдения. Я считаю не только неправильным, но даже крупной ошибкой, если язвенного больного, имевшего кровотечение или отличающегося большой склонностью к нему, подвергают, как это к сожалению наблюдается довольно часто, лечению горячими компрессами, припарками, красным и синим светом и т. д. Такие больные должны носить днем на подложечной области или при гастропрозе на соответствующем желудку участке живота завернутый в платок, не слишком тяжелый пузырь со льдом, и то только по несколько часов и в течение нескольких дней подряд; ночью такой пузырь заменяется Присницовским компрессом. Ухаживающему персоналу должно быть указано на необходимость следить за состоянием подложечной области или прилегающих участков живота. Если подложечная область окажется втянутой, то пузырь со льдом должен быть удален; если же она, наоборот, вздута, т. е. желудок находится

не в желательном и необходимом для рубцевания состоянии, то пузырь со льдом должен быть заново положен. Посылку язвенных больных на курорты со щелочными источниками я считаю не только нецелесообразной, но иной раз не совсем безопасной. Во всяком случае, мне неоднократно приходилось видеть тяжелые рецидивы язвы с сильными кровотечениями, развивавшиеся непосредственно после энергичного питьевого лечения. Точно также рискованным является для подобных больных грязевое лечение; к нему относится все то, что я говорил о горячих компрессах. Лечение язвенного больного точно установлено и может быть проведено повсюду, поскольку лечащий врач дорос до этой задачи.

От лечения с помощью парэнтерального введения белковых тел, а именно от лечения новопротеином, мне ни разу не приходилось наблюдать длительного эффекта, а только случайное кратковременное улучшение. Другие авторы высказываются, однако, об этом способе лечения гораздо более благожелательно. Во всяком случае, я считаю протеинотерапию противопоказанной при кровоточащей или отличающейся наклонностью к кровотечениям язве. Исчезновение язвенных ниш после лечения новопротеином (Прибрам) не может рассматриваться, как его результат, так как непостоянство этого признака обнаруживается и без всяких терапевтических мер.

Особенно следует отметить успехи хирургического лечения *ulcus pepticum*. Послеоперационные последовательные заболевания и меры к их предупреждению являлись темой многочисленных и весьма подробных работ. Тем не менее мне все время приходится наблюдать большое количество последовательных заболеваний после хирургического лечения язвы, в особенности после предпринятой на основании неправильных показаний гастроэнтеростомии. Это обнаруживается особенно часто после таких гастроэнтеростомий, которые производились по поводу язвы у молодых лиц с висericким и сильно атоничным желудком. Мне неоднократно приходилось убеждаться в том, что у подобных больных все жалобы после операции не только остава-

лись, но даже усиливались, при чем больные погибали от неукротимой рвоты, несмотря на то, что ни клинически, ни при операции не обнаруживалось никаких особенных болезненных процессов. По моему мнению лучших результатов оперативного лечения язвы можно ожидать только от уточнения показаний, т. е. от более строгого и правильного отбора подлежащих операции случаев и от правильного в каждом отдельном случае выбора оперативного метода.

Если при язве имеется показание к оперативному лечению, то в подходящих для резекции случаях этому радикальному методу следует решительно отдать предпочтение перед гастроэнтеростомией. При этой последней на успех и благоприятные отдаленные результаты можно рассчитывать только в тех случаях язвы, где по тем или другим соображениям резекция не могла быть произведена и где развился уже стеноз с более или менее выраженной задержкой. Одновременное удаление больших, расположенных вне язвы участков желудка, достигающих $\frac{2}{3}$ всего желудка (Финстере), только из тех соображений, что путем уменьшения секреторной поверхности желудка удастся предотвратить появление новой пептической язвы, я вместе с Бергманом, Мартином и др. считаю противопоказанным. Мало удовлетворительные отдаленные результаты мне приходилось наблюдать также от излюбленной до сих пор различными хирургами поперечной резекции. Нередко приходилось вслед за этим производить гастроэнтеростомию. В отдельных случаях я видел вслед за поперечной резекцией развитие рецидивов язвы. Но и после резекции язвы по методу Биллрот мы в целом ряде случаев обнаруживали значительную задержку, сопровождавшуюся соответствующими жалобами. Я не могу также высказаться в пользу хирургического вмешательства при острых угрожающих желудочных кровотечениях, даже в тех случаях, где операция производится под местной анестезией (Финстере) или при ректальном вливании авертина.

Имея в виду отдаленные результаты, необходимо после всякого оперативного вмешательства по поводу *ulcus pepticum* предписывать физическое бережение, по-

следовательное диететическое лечение и периодическое применение щелочей, атропина и т. д. Я предостерегаю, однако, от длительного применения щелочных порошков. Подобно Габереру, мне также приходилось наблюдать после этого появление почечно-каменных колик.

Я считаю недопустимым, если резекция желудка при отсутствии язвенных симптомов производится только по поводу хронического гастрита, хотя бы жалобы со стороны желудка существовали годами. Печальное существование влечет часто больные, подвергавшиеся операции по поводу язвы несколько раз. У этих, большей частью невропатических, субъектов следует остерегаться производства всякой новой операции и можно браться за нож только при наличии самых настоящих показаний. Часто операции по поводу язвы предшествует аппендэктомия; у нервно отягощенных лиц она является иной раз прелюдией к многочисленным последующим вмешательствам. За последние годы я стал чаще применять у подобных, достойных сожаления, больных рентгенотерапию. Длительной пользы от этого я не видел, но более или менее значительное временное улучшение наблюдалось.

В 1926 г. мой бывший сотрудник Науэнберг подробно сообщил о наших опытах с рентгенотерапией язвы. Гораздо более благоприятные результаты от рентгенотерапии язвы приводит Роб. Ленк (Вена). По данным Ленка рентгенотерапия оказывает благоприятное влияние приблизительно в 75% всех случаев язвы; при этом, что особенно важно, улучшение во всех подобных случаях наступает вскоре после первого облучения. В настоящее время еще ничего нельзя сказать относительно того, в каких случаях можно ожидать пользы и в каких случаях рентгенотерапия остается безрезультатной. Во всяком случае, с глубокой рентгенотерапией следует быть чрезвычайно осторожным. Введение пищи через дуоденальный зонд, с помощью которого иногда удается получить поразительные результаты при привычной рвоте, при отказе от приема пищи и т. д., я считаю при язве излишним и противопоказанным.

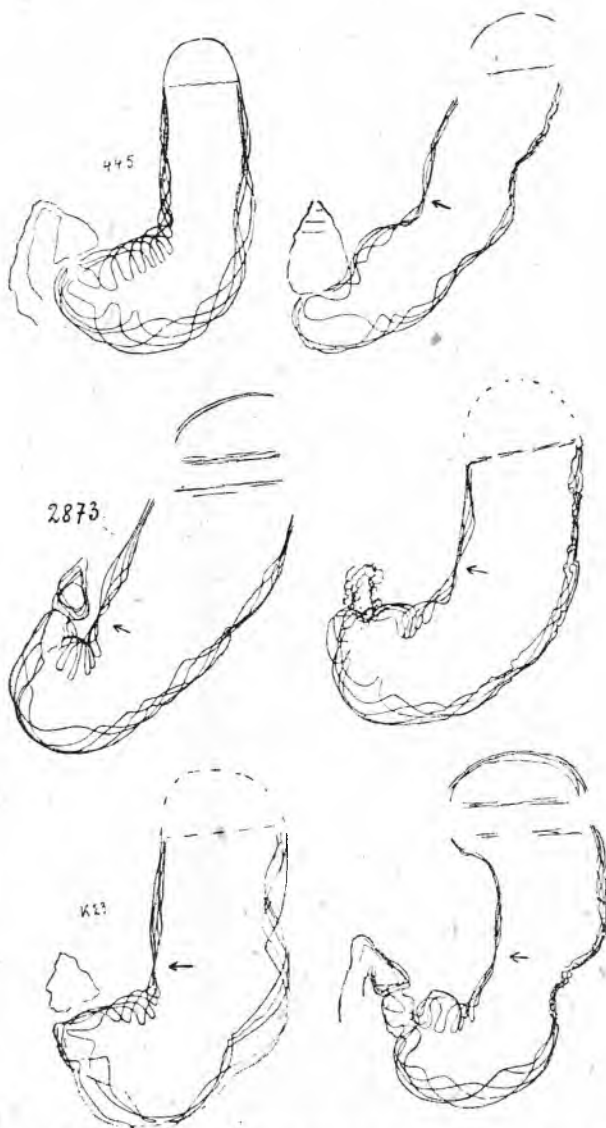
Прежде чем перейти к дальнейшим легко возникающим диагностическим и связанным с ними терапевтическим ошибкам, я позволю себе привести несколько рентгеновских снимков, отчетливо демонстрирующих „симптом закрепки“ (рис. 1 и 2).

Я не стану разбирать здесь дифференциальную диагностику между язвой желудка и язвой двенадцатиперстной кишки. Во многих случаях вопрос разрешается рентгеном, в других случаях мы на основании того или иного симптома решаем, по какую сторону привратника расположена язва. Но в большинстве случаев мы при этих диагностических рассуждениях не выходим из сферы догадок.

Две фазы движений желудка из двух кинографических серий (однократное течение перистальтической волны от *cardia* к привратнику; снято при задержке дыхания, выдержка около 20 сек.).

Мы наталкиваемся на значительные, порой даже непреодолимые трудности в целом ряде тех случаев, где необходимо решить, имеется ли доброкачественная язва, т. е. доброкачественный язвенный тумор или же рак желудка. Понятно, что в связи с неточностью диагноза стоят весьма частые при подобных состояниях диагностические ошибки и терапевтические упущения. На основании собственного опыта я могу в отношении этой весьма важной и столь же трудной дифференциальной диагностики заметить следующее: подобно тому, как *ulcus pepticum* отнюдь не всегда связан с гиперхлоргидрией, но часто протекает при нормальном отделении соляной кислоты и часто даже при полной ахлоргидрии, точно также эйхлоргидрия и даже гиперхлоргидрия не говорят еще против рака.

Переход язвы в рак иногда действительно наблюдается, но в общем не так часто, как предполагали раньше. *Ulcus duodeni* обнаруживает особенно слабую тенденцию к злокачественному перерождению. О таком переходе язвы в рак, мы обычно, в самом лучшем случае можем только подозревать; ведь имеется не мало таких случаев *ulcus callosus*, где хирург держит эту язву в руках и видит ее непосредственно перед своими



(Объяснение к рисункам см. на след. стр. внизу).

глазами и в то же время не может сказать с уверенностью, есть ли это доброкачественная язва или рак. Я скажу даже больше: доброкачественный или злокачественный характер язвы часто может быть установлен только на основании самого тщательного микроскопического исследования.

Все попытки возможно более раннего диагностирования рака с помощью более или менее сложного химического исследования желудочного содержимого, с помощью сывороточных реакций, обнаружения инфузорий, биологических методов и т. д. до сих пор не дали практически пригодных результатов.

Я не имею возможности подробно останавливаться здесь на всех многочисленных методах исследования и признаках, предложенных для отличия язвы от рака. Диагноз „карцинома“ будет разумеется легким, если и анамнез и клинические данные дают общеизвестные признаки этого заболевания. Все подобные случаи нас здесь не интересуют. Я буду иметь в виду только таких больных, у которых не прощупывается никакой опухоли, не имеется рвоты кофейной гущей, не обнаруживается молочная кислота брожения, а наоборот, имеется большее или меньшее количество соляной кислоты и т. д. Дело идет здесь обычно о лицах преклонного возраста, которые сравнительно недавно стали жаловаться на упорные и не поддающиеся обычным средствам болезненные явления со стороны желудка и у которых

Рис. 1. Диаграмма № 2873. Симптом закрепки выступает особенно ясно, так как проксимально имеется так наз. „преперистальтика“, т. е. „усиление перистальтики перед критической точкой“. При благоприятных условиях просвечивания эта „преперистальтика“ позволяет обнаружить закрепку непосредственно на экране (следовательно, без киографического аппарата).

Рис. 2. Диаграмма № 3011. Здесь „преперистальтика“ отсутствует, а потому в подобном случае закрепка может быть обнаружена только с помощью киографического аппарата.

Диагностическое достижение, связанное с симптомом закрепки, состоит в том, что в обоих этих случаях (это касается также и всех других относящихся сюда случаев) на каждом отдельном снимке, а также на обрисованных с каждого отдельного снимка контурах мы не обнаруживаем на малой кривизне решительно ничего такого, что могло бы служить указанием на язву. Малая кривизна представляется совершенно гладкой и резко очерченной. Только диаграмма, т. е. сопоставление отдельных контуров, выявляет перерыв в движениях (поскольку такой перерыв не обнаруживается при наличии резкой разницы в интенсивности движений непосредственно на экране).

Рис. 3. Пять примеров язвенной закрепки (отмечено стрелкой). Слева сверху (№ 445) приведена для сравнения диаграмма нормально протекающей перистальтики.

даже при самом тщательном исследовании не удастся обнаружить ни малейших признаков злокачественного новообразования.

По моим данным проба Глюкцинского не обнаруживает в подобных случаях никаких диагностических преимуществ. Точно также очень мало точных диагностических заключений можно вывести на основании постоянного обнаружения скрытых кровотечений. Хотя этот признак говорит скорее в пользу рака, все же мои многочисленные наблюдения, подтвержденные на вскрытии, говорят за то, что он встречается и при доброкачественных язвах.

Описанные за последнее время Ф. Флейшером, Л. Гольдгабером и Гансом Ландау симптомы начинающегося рака желудка: наличие иногда кислого гастрита, неясность выхода из желудка на рентгеновском экране, расширение желудка без сдвига вправо и лейкоцитоз также не могут для вышеописанных случаев рассматриваться, как решающие.

Несомненно, при диагностике желательны и даже необходимо принимать во внимание все эти данные и многие другие особенности, но все же остается немало таких случаев, где дифференциальный диагноз между доброкачественным и злокачественным стенозом привратника приходится оставить открытым. Вопрос о том, можно ли в подобных случаях с помощью гастроскопа заметить переход доброкачественной каллезной язвы в рак желудка, я считаю еще нерешенным.

В большинстве случаев диагноз „рак желудка“ подтверждается, главным образом, при рентгеновском исследовании. Этот метод исследования при диагностике желудочных заболеваний, в особенности рака желудка, оказал неоценимые услуги. Какую ценную и характерную рентгеновскую картину получаем мы, напр., при скиррозном и инфильтрирующем раке, который при обычных клинических методах исследования можно только подозревать, а отнюдь не доказать с несомненностью! Но как и повсюду, точно также и при рентгеновском исследовании встречаются иногда неудачи, в чем мне неоднократно приходилось убеждаться на вскрытиях. Неудачи эти могут идти в обоих направлениях; с одной стороны может быть высказано предположение о наличии опухоли там, где ее в действительности нет, а с другой стороны—и это по моему опыту наблюдается чаще—опухоли, даже довольно крупные, остаются незамеченными. Я безусловно согласен с тем, что подобные ошибки случаются только в виде исключения или даже вовсе не случаются у опытных, в осо-

бенности у хорошо знакомых с абдоминальной диагностикой рентгенологов, но ведь не всякий врач, прибегающий к содействию рентгенолога, находится в счастливых условиях совместной работы с подобным специалистом. Поэтому необходимо считаться с возможностью подобных неправильных рентгенологических диагнозов, чтобы при наличии достаточных остальных клинических данных не впасть в ошибку. Многочисленными статистиками установлено, что даже при пользовании всеми, наиболее точными, диагностическими средствами около 20% случаев рака внутренних органов остаются нераспознанными (Рихельман и др.). Это не относится, конечно, в полной мере к случаям рака желудка, но все же и здесь, даже при громадном его протяжении, он может протекать латентно. Хотя в части случаев рентгеновское исследование может выяснить, имеем ли мы дело с язвой или со злокачественным новообразованием, все же при предположении о раке необходимо искать и остальные симптомы, могущие подтвердить этот диагноз. С этой точки зрения нужно прежде всего, имея в виду хотя бы вопрос о возможности оперативного вмешательства, самым тщательным образом обратить внимание на то, не имеются ли метастазы. Увеличение надключичных желез с левой стороны встречается при раке желудка редко, но иной раз оно может направить диагностику по правильному пути; все же необходимо настойчиво предостеречь от переоценки этого признака, так как неоднократно приходилось видеть—между прочим и мне самому в двух случаях,—что ощупываемые при несомненном раке желудка надключичные железки оказывались не раковыми, а туберкулезными. Затем метастазы следует искать в печени, сальнике, брюшине (асцит). Метастазы в области пупка, в *sacum Douglasii*, в верхней части прямой кишки встречаются довольно редко, но с практической точки зрения представляются чрезвычайно важными. На основании моих собственных наблюдений и данных патолого-анатомов вторичный рак яичников встречается при раке желудка нередко. Поэтому я, в согласии с другими авторами, считаю, что если у женщин поставлен диагноз рака желудка, то не-

обходимо искать метастазы в яичниках, и наоборот, при раке яичников, следует обращать внимание на желудок. При операциях по поводу рака желудка, следует всегда производить ощупывание яичников и в случае их увеличения или какого либо подозрения удалять и их (Эрнст Рунге). Само собою разумеется, что если в области желудка начинает обнаруживаться видимая или прощупываемая опухоль, то это в значительной степени подтверждает диагноз рака или даже в большинстве случаев делает его несомненным. Конечно, и в подобном случае необходимо еще доказать, что опухоль исходит именно из желудка и что при этом дело идет действительно о злокачественном процессе. Сравнительно часто за рак желудка ошибочно принимают свернутый, раково измененный сальник и „воспалительные опухоли“ его, развивающиеся большей частью в виде ограниченных припухлостей после операций (местная инфекция) или при воспалении соседних органов. В одних случаях опухоль лучше пальпируется при пустом желудке, в других случаях, наоборот, при наполненном. В сомнительных случаях я пользуюсь пальпацией в теплой ванне; этот способ я предпочитаю исследованию под эфирным наркозом. Прежде всего внимание должно быть обращено в сторону расположенной у привратника опухоли в тех случаях, где обнаруживаются ясные перистальтические и в особенности несомненные антиперистальтические движения желудка. Здесь совсем нередко происходят диагностические ошибки и смешение с кишечной перистальтикой, в особенности если желудок прикрыт кишечником. Обнаружение опухоли предохраняет также от смешения с пернициозной анемией. В сомнительных случаях вопрос может быть разрешен при помощи тщательного исследования крови и исследования глазного дна.

Я должен выступить здесь с возражением против довольно распространенного взгляда, легко влекущего за собою диагностические ошибки, а именно против того представления, что в противоположность опухолям печени и селезенки опухоли желудка не обнаруживают никакой инспираторной подвижности. Дело обстоит как раз наоборот. Даже при отсутствии сращений с респи-

раторно подвижными органами опухоли желудка могут при вдохе сдвигаться книзу; характерным для них является экспираторная фиксированность.

Вопрос о том, представляет ли собою принадлежащая несомненно желудку опухоль действительно рак, легче всего разрешается на основании дальнейшего течения болезни в связи с остальными данными. Все же при опухолях, расположенных у привратника и сопровождающихся вышеописанным симптомокомплексом, несмотря на пальпательность опухоли остается часто неясным, имеем ли мы здесь язву или карциному.

Почти всегда с карциномой желудка смешивают доброкачественные перигастрические опухоли, которые обычно прощупываются несколько выше и левее пупка. Они образуются в тех случаях, когда язва постепенно проникает до брюшной стенки и когда вследствие воспалительного утолщения брюшины и распространенной инфильтрации фасций развивается поддающаяся прощупыванию опухоль. Подобные опухоли не обнаруживают респираторной подвижности и оказываются очень чувствительными к давлению. Помимо этих признаков, диагностика может быть направлена по верному пути на основании анамнеза и рентгеновского исследования. Очень важно правильно оценивать эту форму перигастрита, проявляющегося в виде прощупываемых опухолей, и своевременно передавать ее хирургам; прогноз при оперативном лечении является в общем довольно благоприятным. Наблюдается такое состояние не очень часто, во всяком случае значительно реже, чем шнуро- и лентообразные сращения, которые по моему опыту диагностируются слишком часто, при чем нередко ими без достаточного основания объясняют все имеющиеся жалобы. Диагноз этот опирается обычно на результат рентгеновского исследования, в особенности на обнаруживаемое при этом смещение желудка в правую сторону. Даже в тех случаях, где в основе этих изменений лежат сращения, всегда остается под вопросом, исходят ли они из желудка, двенадцатиперстной кишки или из какого либо соседнего органа, в особенности из желчного пузыря, могут ли они в действительности вызвать все

имеющиеся жалобы и не имеется ли на ряду с ними открытой язвы, холецистита и т. д. Я полагаю, что сращения можно обнаружить при всякой операции в полости живота.

На диагнозе gastritis chronica, а также на его патогенетическом значении для образования язвы, с одной стороны, а с другой—для развития рака я не буду здесь останавливаться, так как все связанные с этой темой вопросы самым исчерпывающим образом были разобраны в блестящем докладе Конечного на 6-м съезде Общества по изучению заболеваний органов пищеварения и обмена веществ в 1926 г. и в возникших в связи с ним очень содержательных прениях. Картина хронического гастрита встречается очень часто, но диагноз его, даже с помощью исследования желудочного содержимого, устанавливается не точно, так как для этой болезни не имеется характерных симптомов. Нужно надеяться, что и в этой области рентгеновское исследование поможет нам и даст на основании изучения рельефа слизистой желудка ценные признаки для диагностики „gastritis chronica“.

Я охотно признаю, что гастроскопия может обнаружить известные воспалительные изменения на слизистой желудка, но остается под вопросом, насколько правильным будет при подозрении на хронический гастрит прибегать к этому энергичному методу исследования. Когда диагноз хронического гастрита установлен, то необходимо убедиться в том, представляет ли он собою самостоятельное заболевание, и не имеется ли одновременно с ним язвы, рака, заболевания легких, органов кровообращения, печени, почек и т. д. Само собою разумеется, что от того или иного ответа на эти вопросы будет зависеть и лечение.

Чрезвычайно важным представляется мне дифференциальная диагностика между хроническим анацидным гастритом и карциномой. При дифференциально-диагностических затруднениях, возникающих особенно легко в тех случаях, где опухоль не пальпируется, я рекомендую обращать внимание на следующие пункты: 1) На присутствие в желудке натошак крови и гноя. При этом не следует забывать понюхать

как добытое желудочное содержимое, так и зонд, которым оно добывалось. Обладающее гнилостным запахом, желудочное содержимое и появление во время извлечения содержимого вонючих отрывков говорят за изъязвившуюся карциному малой кривизны. Как раз в подобных случаях мне неоднократно приходилось после извлечения желудочного содержимого обнаруживать, как и при раке пищевода, в отверстиях желудочного зонда маленькие частицы, микроскопическое исследование которых устанавливало с точностью раковый характер заболевания. За недостатком места я, к сожалению, не имею возможности привести здесь соответствующие снимки. 2) На состояние двигательной деятельности желудка: задержка средней и даже высокой степени при одновременной ахлоргидрии говорит за рак. 3) На имеющийся иногда левосторонний плеврит. Если для такого плеврита не может быть дано никакого другого объяснения, то это дает основание думать о раке дна желудка. 4) На характер кривой сахара в крови: относительно значения хода этих кривых после нагрузки глюкозой для диагностики рака и *ulcus peritum* (Фриденвальд и Грове, Ле-Нуар, Ванден-Берг и др. Я могу на основании собственных многочисленных исследований, о которых подробно сообщил мой ассистент Шерк, сказать следующее:

1. При раке вообще, в частности при раке пищеварительного тракта, обнаруживалось в наших случаях, после нагрузки глюкозой, замедленное в целом течение кривой сахара крови.

2. Отсутствие такого характера кривой не говорит с безусловностью против возможности рака. В одном случае рака желудка и одном случае рака прямой кишки мы получили нормальные кривые.

3. По современному состоянию наших исследований диагностическое значение имеет только положительный результат пробы, и то постольку, поскольку при подозрении на рак ею пользуются, как вспомогательным диагностическим методом.

4. При язве желудка и двенадцатиперстной кишки и при доброкачественных стенозах привратника мы всегда получали кривые, в которых количество сахара

в крови натошак, высший пункт после нагрузки и возвращение к норме лежали в пределах физиологических границ.

Я не останавливаюсь здесь на аденоматозе желудка и его отношении к карциноме, на образовании миом, лимфосарком, лимфогранулем желудка и т. д. Все эти заболевания распознаются обычно только на аутопсии, а при жизни рассматриваются, как карциномы.

Я считаю еще нерешенным вопрос о том, возможно ли с помощью фракционного выкачивания желудочного содержимого при пользовании алкогольным или кофеиновым пробным завтраком с последующей инъекцией гистамина получить, как пытаются некоторые авторы, опорные пункты терапевтического и прогностического характера для оценки и лечения „случаев ахилии“, а также возможно ли действительно на основании результата гистаминовой реакции и пробы с нейтральрот разделять все случаи ахилии на „функциональные“ и „органические“ или на „излечимые“ и „неизлечимые“ (К а ч и К а л ь к). Я постоянно подчеркиваю, что по моему мнению „конституциональную ахилию“ с ее неврастеническими явлениями нельзя резко отграничить от прекращения секреции желудочного сока на органической почве (gastritis anacida).

В остальном я должен еще раз подтвердить то, что мною отмечалось уже неоднократно, а именно, что не следует объединять в одном и том же понятии отделение соляной кислоты и отделение ферментов; между этими двумя процессами отнюдь не всегда обнаруживается абсолютный параллелизм. Помимо этого, понятие chylus представляет собою нечто совершенно отличное от желудочного сока, поэтому прибавление к названию „achylia“ слова „gastrica“ ничего не изменяет. К сожалению этот термин „achylia“ из-за его удобства настолько вкоренился, что было бы напрасным трудом стараться исключить это выражение из терминологии. Во всяком случае, нужно постоянно помнить, что это неудачное, хотя и удобное название „achylia gastrica“ определяет собою только симптом, который может зависеть от самых разнообразных причин, но отнюдь не обозначает собой картины болезни. В этом смысле

было бы ошибкой и с научной точки зрения шагом назад, если „случаи ахилии“ мы стали бы рассматривать, как особое болезненное состояние, аналогично тому, как было бы неправильным снова говорить о „водянке“. От такой рутины мы уже отказались и говорим теперь только о заболеваниях сердца, брюшины и других заболеваниях, сопровождающихся водянкой. К вопросу о существовании, так наз. „гетерохилии“ я отношусь в общем скептически. Если после пробного завтрака обнаруживается ахлоргидрия, то нужно проверить секреторную функцию желудка с помощью фракционного выкачивания или же, как рекомендует также Боас, с помощью предложенного Лейбе пробного обеда, который является значительно более энергичным возбудителем секреции, нежели пробный завтрак. Впрочем, диагноз „ахилия“ нередко зависит от ошибок, допущенных при исследовании, но с этим приходится, конечно, считаться только в том случае, когда исследование производится лицом, недостаточно опытным в технике введения желудочного зонда. Во всяком случае, мне много раз приходилось обнаруживать эйхлоргидрию и даже гиперхлоргидрию там, где был поставлен диагноз „ахилия“.

Я никак не могу присоединиться к тому взгляду, защищаемому за последнее время различными авторами, будто сифилис желудка встречается значительно чаще, чем это обычно предполагается. Несмотря на громадный материал желудочных заболеваний, среди которых видное место занимает *ulcus pepticum*, на колоссальный наплыв сифилитиков во всех стадиях болезни, мне приходилось видеть сифилис желудка только в ничтожном количестве случаев, хотя я постоянно обращал свое внимание в эту сторону. В соответствующих статьях признается существование, помимо *ulcus syphiliticum* и сифилитических опухолей, еще и сифилитического гастрита. По моему мнению те доводы, которые приводятся различными авторами для доказательства частоты случаев сифилиса желудка, являются недостаточно убедительными. Несмотря на все возражения, я на основании собственного опыта осмеливаюсь утверждать, что сифилис желудка пред-

ставляет собою редкое заболевание, еще более редкое, чем туберкулез желудка. На почти 2000 вскрытий погибших от туберкулеза больных Симондс только в 8 случаях обнаружил вторичные туберкулезные язвы желудка. С этими данными вполне сходятся также наблюдения других авторов.

В противоположность *ulcus tuberculosum*, миллиарный туберкулез стенок желудка следует рассматривать, как явление более частое. Клинически диагностировать туберкулез желудка едва ли возможно, тем более что у фтизиков иногда приходится наблюдать и *ulcus rotundum*. Если у туберкулезного больного развиваются серьезные явления со стороны желудка, то по моему опыту при этом скорее нужно думать об *ulcus rotundum*, нежели о туберкулезной язве.

Мне приходилось также неоднократно наблюдать смещение спастического и органического характера изменения формы желудка в виде песочных часов. Органические стенозы развиваются, как известно, в результате рубцевания при хронической язве, но также и на почве рака, затем вследствие сращений и т. д. Подобные диагностические ошибки, зависящие обычно от неправильной оценки рентгенологических данных, часто ведут к совершенно излишним операциям, в чем я сам имел возможность убедиться. Если при рентгеновском исследовании обнаруживается желудок в форме песочных часов, нормальное или неправильное разворачивание желудка и т. д., то это вне всякого сомнения имеет громадное значение для диагностики, но всегда нужно остерегаться неправильного толкования рентгенологической картины.

При спастическом характере песочных часов обычно вытягивается только большая кривизна, в то время как при органическом стенозе, в особенности при песочных часах на почве рака, втянутыми оказываются обе стороны. Желудок в форме песочных часов проявляется иногда клинически незначительной резистентностью области желудка, а при очень узком проходе даже заметным вздутием. Хотя в общем редко, но все же два раза мне приходилось видеть терапевтическую ошибку, которая заключалась в том, что гастроэнтеростомоз накладывали не на верхнем, а на нижнем мешке.

Еще значительно большие затруднения, чем вся вышеописанная дифференциальная диагностика, пред-

ставляет решение вопроса, зависят ли жалобы больного, локализующиеся в эпигастрии, именно от желудка, или же они вызываются заболеванием других органов. Диагностические и терапевтические ошибки часто зависят от того, что заболевание кишечника неправильно принимают за желудочное страдание и назначают соответствующее этому лечение, или же от того, что упускают из виду существующую нередко связь между заболеваниями кишечника и желудка и наоборот.

Та тесная зависимость, которая существует между страданиями желудка и кишечника, отчетливее всего проявляется при так наз. ахилии. Уже Генох хорошо знал, что при поражении желудка могут наблюдаться поносы, следовательно это обстоятельство известно еще с 1863 года. Но только за последнее время было установлено, что в основе подобных так наз. гастрегенных диаррей лежит „*achylia gastrica simplex*“. Однако такое страдание желудка, связанное с прекращением отделения соляной кислоты ферментов, отнюдь не всегда отражается на кишечнике; „*achylia gastrica simplex*“ протекает нередко скрытно, не вызывая никаких жалоб; в других случаях к имеющейся „*achylia gastrica simplex*“ в любой момент может присоединиться картина пернициозной анемии. Мне приходилось, хотя и редко, наблюдать также переход в карциному.

Особенно часты ошибки диагностики и терапии как раз при тех заболеваниях кишечника, которые сопровождаются поносами. Я должен вместе с А. Д. Шмидтом предостеречь от того, чтобы в тех случаях, где имеются жалобы на диарею, полагаться только на указания самих больных. Так, напр., больные часто называют поносом такое состояние, когда имеется учащенное отделение небольших количеств слизи, крови и гноя, как это наблюдается, напр., при проктите и раке прямой кишки, при чем испражнения сами по себе остаются по консистенции и другим свойствам вполне нормальными.

Поэтому, в целях избежания ошибок, врач должен регулярно и неоднократно производить исследование испражнений, при чем заодно следует понаблюдать, не

имеются ли там паразиты или их яйца. Как другим, так и мне самому приходилось лечить такие упорные случаи диаррей, которые не удавалось остановить ни самой строгой диетой, ни обычными средствами, и которые излечивались только после изгнания глистов. Грубым и неприятным упущением я считаю также и то, если врач ограничивается при поносе очисткой кишечника и упускает произвести функциональное исследование желудка. Как раз при „гастрогенных диарреях“, даже при отсутствии каких бы то ни было жалоб со стороны желудка, настойчиво необходимо тщательное исследование желудочного содержимого, так как в зависимости от состояния секреции будет меняться и лечение. В подобных случаях никакие средства не помогут, если наряду с правильным диететическим режимом не будет назначена соляная кислота в больших дозах, а при необходимости также промывание желудка и двенадцатиперстной кишки. Излечение или, по крайней мере, правильное лечение „гастрогенных диаррей“ настойчиво необходимо, потому что в результате длящихся неделями или даже месяцами поносов состояние питания больных сильно страдает. Поносы часто появляются внезапно, без видимой причины и протекают обычно периодически; в промежутках стул может быть совершенно нормальным или даже может существовать запор. Во всяком случае, я должен согласиться с Кнуд Фабером, что у так наз. „ахиликов“ стул редко бывает нормальным.

Кнуд Фабер наблюдал при ахилии выраженный понос, приблизительно, в 25% случаев; в 22% его случаев имелись более короткие периоды поносов, сменявшиеся запорами, и только в 23% стул был, по его данным, нормальным. В статистиках Уррутиа и Р. Шютца мы встречаем почти совпадающие цифры в приблизительно 30% случаев поносов при ахилии. Этот же процент соответствует также данным, полученным мною на собственном материале.

Гастрогенные диарреи могут иной раз обнаружить характер гнилостной или бродильной диспепсии; нередко сюда же присоединяется еще и настоящий энтероколит. По моим наблюдениям, бродильную диспепсию диагностируют слишком часто без достаточного знакомства с вопросом и без точных оснований. О бродильной диспепсии можно говорить только тогда,

когда при исследовании испражнений, лучше всего после пробной диеты, обнаруживаются характерные для этого страдания данные. В остальном я стою в отношении всех этих вопросов на той точке зрения, которую особенно защищает Ноорден, а именно, что бродильная и гнилостная диспепсии вовсе не являются двумя различными заболеваниями. „Объединяющим началом остается все тот же катарр“ (энтерколит [Ноорден]). У одного и того же больного явления бродильной и гнилостной диспепсий могут наблюдаться попеременно. В особенности при нецелесообразном лечении на передний план выступает то одно, то другое нарушение. Точно так же, вместе с Ноорденом, я не могу согласиться с разделением кишечных страданий на „кишечную диспепсию“ и „кишечный катарр“ в смысле Ад. Шмидта; во всяком случае, практически его невозможно провести. Лечение хронического кишечного катарра требует больших знаний и достаточной опытности; его часто можно провести только в условиях клинической обстановки. Бродильная диспепсия легче поддается лечению, чем гнилостная.

Однако, обычно оказывается недостаточно исследовать испражнения и желудочное содержимое для того, чтобы выяснить всю картину страдания и назначить исчерпывающее лечение. Ведь само собою понятно, что при существующей в пищеварительном тракте взаимной зависимости нарушение, происходящее в каком-нибудь одном органе, влечет за собой все новые и новые нарушения со стороны других органов. Поэтому лечение может считаться целесообразным и обещающим успех только в тех случаях, где учитываются все болезненные изменения пищеварительного тракта и где удастся выяснить этиологию страдания и направить борьбу также и в эту сторону.

Такое полное исследование должно начинаться с тщательного осмотра всей полости рта. При всяких условиях необходимо обращать внимание на состояние зубов, проверить, нет ли кариеса, альвеолярной пиорреи и стоматита, кроме того, следует также убедиться, не имеется ли какого-либо заболевания лимфатического глоточного кольца. При этом вовсе недостаточно только осмотреть

миндалины и убедиться в том, что на них имеются трещины, или что имеется увеличение глоточной миндалины, или гнойная пробка, а необходимо отсосать некоторое количество секрета и подвергнуть его бактериологическому исследованию. Ведь понятно, что если в полости рта находится инфицированный материал, то он токсемическим путем или благодаря проглатыванию может обусловить пищеварительные расстройства, в особенности кишечный катарр. При обнаружении подобных состояний говорят об „одонтогенном“ и „стоматогенном“ катарре кишечника. Следует ли при такой инфекции миндалин ограничиваться только их выдавливанием или же лучше будет произвести полную их экстирпацию, зависит, само собой разумеется, от прочих данных, от возраста больного и его общего состояния и, наконец, также от заключения соответствующего специалиста. При всяких условиях полной экстирпации следует отдать предпочтение перед часто применяемой ампутацией миндалин, так как остающаяся после подобной операции культия или вернее содержащаяся в ней железистая ткань может все время служить источником инфекции. Точно так же тщательному исследованию должны быть подвергнуты верхние дыхательные и пищевые пути, а также нос с его добавочными полостями, а кроме того, можно настойчиво рекомендовать производство тщательного бактериологического исследования сока двенадцатиперстной кишки, добытого с помощью дуоденального зонда.

Я уже издавна обращаю внимание на бактериологическое исследование желудочного и дуоденального содержимого, а мои сотрудники (Геферт, Изаак-Кригер, В. Левенберг и др.) опубликовали множество исследований и работ на эту тему. О значении бактериологического исследования дуоденального сока для клиники абдоминальных заболеваний я также высказал свой взгляд в двух статьях совместно с Левенбергом.

За последние годы в этой области с успехом работает значительное количество авторов. В числе других авторов, из коих я назову только Гантера, Ван дер Рейса, Богендерфера и А. Гольдмана, большую ясность в эту важную проблему внес Левенберг на основании систематических исследований, произведенных в моем отделении (для этой цели было произведено больше 500 исследований). Я должен ограничиться здесь только несколькими замечаниями. Для добывания дуоденального содержимого лучше всего пользоваться дуоденальным зондом Ютте, модифицированным Вейльбауером;

этот зонд содержит в своем просвете, для придания плотности, тонкий мандрен, который удаляется, когда зонд достигает желудка. С помощью стерильного зондирования желудка Геферт уже в 1921 году подтвердил на здоровых людях предположение о стерильности двенадцатиперстной кишки, до того недостаточно обоснованное. Соответственно этим данным В. Левенберг, наряду с другими авторами, получил у здоровых людей дуоденальный сок, свободный от содержания патогенных микроорганизмов. В патогенезе „гастрогенных диарей“ издавна значительная роль приписывается выпадению желудочной секреции. Геферт исследовал 19 случаев гипо- и ахлогидрии различной этиологии и во всех этих случаях находил в дуоденальном соке обильную бактериальную флору самой разнообразной природы; в части этих случаев ему удалось обнаружить тех же бактерий и в желудке. В качестве патогенных микроорганизмов следует иметь в виду, по Левенбергу, главным образом, кишечную палочку и энтерококка. Энтерококки, являющиеся идентичными со *streptococcus faecalis* и *streptococcus lacticus*, представляя собою нормальных обитателей кишечника (Тирселен, Зитлер, Тиссье, Ван дер Рейс и др.). Аналогично кишечной палочке, они также могут приобрести патогенное значение, если оставляют свое обычное место жительства и переселяются в другие органы, в особенности в мочевые и желчные пути (Курт Мейер).

По данным Курта Мейера и его сотрудников, энтерококка, принадлежащего к большой группе стрептококков, можно, так же как и пневмококка, на основании целого ряда серологических признаков и характера среды дифференцировать от гемолитического, ангемолитического и *viridans* стрептококка.

Во Франции на энтерокков уже давно обратили внимание; им приписывают там большую патогенную роль, как в этиологии воспалительных процессов в брюшной полости, так и при общих инфекциях и т. д. Баггер и Миккельсен на материале в 160 случаев аппендицита обнаружили в 25% случаев энтерокков, большей частью вместе с кишечной палочкой.

При наших собственных исследованиях Левенберг почти постоянно находил при пернициозной анемии также и в стадии ремиссии *b. coli* и энтерокков, при простом анацидном гастрите — энтерокков и кишечную палочку. Из заслуживающих внимания результатов новейших работ можно отметить тот факт, что содержание в желудке соляной кислоты является для стерильности двенадцатиперстной кишки только благоприятствующим, а не единственным причинным фактором (Моравиц, Левенберг, Ван дер Рейс). Бедность этого отрезка кишечника микроорганизмами в значительной степени зависит также, повидимому, и от бактерицидных свойств дуоденального сока, всегда обнаруживаемых при нормальных условиях *in vitro*. Пока еще не выяснено, какими факторами эти бактерицидные свойства обуславливаются. Разные авторы объясняют это по-разному. Мне представляется важным тот обнаруженный Левенбергом факт, что липоиды и соли не играют роли в бактерицидном действии. Конечно, все полученные до сего времени при различных исследованиях данные не разрешают еще проблемы бактерицидных свойств дуоденального сока, но в то же

время в данной области работает большое количество авторов, и можно надеяться, что рано или поздно вопрос этот будет разрешен. Все эти бактериологические находки, обнаруживаемые независимо от характера желудочной секреции, т.е. как при эйхлоргидрии, так и при гипо- и гиперхлоргидрии, а также при воспалительных заболеваниях желчных путей, нужно, разумеется, только с известной осторожностью принимать во внимание при толковании клинических симптомов.

В общем, с клинической точки зрения заслуживает внимания только постоянство находок и чистота культуры. В противном случае необходимо всегда считаться с загрязнением из полости рта. Как бы то ни было, бактериологическое исследование дуоденального сока, к которому должно, само собой разумеется, присоединяться и химическое исследование, даже и в настоящее время, когда еще большое количество вопросов ждет своего разрешения, в значительной степени помогает клинической диагностике и правильной оценке и лечению различных картин страдания, а также пониманию совместного существования определенных болезненных состояний. Я имею здесь в виду одновременное существование анацидного гастрита, колита, хронического аппендицита, холецистита, панкреатита. Приходится весьма сожалеть, что подобная связь, имеющая большое значение в смысле правильного лечения, до сих пор еще очень мало известна. Я охотно соглашаюсь с тем, что подробное обследование с помощью дуоденального зонда и химическое, и бактериологическое исследование желудочного и дуоденального сока на практике не всегда может быть проведено, но, ведь, есть еще возможность послать материал (желудочный и дуоденальный сок) в соответствующие институты для производства необходимых исследований. В случаях особо затруднительных это является необходимым. Я имею в виду в особенности случаи с неясными и упорными пищеварительными жалобами, а также случаи с длительным незначительным повышением температуры неясной этиологии. Подобные больные слишком часто и слишком быстро (на основании невинных признаков, обнаруживаемых только рентгенологически) направляются с ошибочным диагнозом легочного или железистого туберкулеза в соответствующие санатории,

где они остаются по целым месяцам, причем в их жалобах и страдании не происходит за это время никаких перемен. Если бы эти больные были обследованы методически, и если бы с помощью обнаружения патологических микроорганизмов (*bacter. coli*, энтерококков и т. д.) в дуоденальном соке и в мазке из миндалин, а иной раз также в моче или крови, был бы установлен источник и характер инфекции, то этим самым были бы указаны средства и пути для правильного лечения. Мне, во всяком случае, удавалось на целом ряде больных, у которых в верхних отделах тонких кишек обнаруживалась стрептококковая или коли-инфекция, добиваться значительного улучшения и даже излечения с помощью промываний двенадцатиперстной кишки 200 — 300 см³ 10 — 15% раствора сернокислой магнезии, а иной раз также с помощью вакцинации. При этом, само собою разумеется, необходимо обращать особое внимание на уход за полостью рта, а при наличии кариозных зубов и т. п. следует прибегнуть к зубоврачебной помощи. Описанный метод лечения в особенности оправдал себя на нашем материале в тех случаях, где имелось поражение желчного пузыря, часто присоединяющееся к желудочно-кишечным страданиям. Этим отнюдь не умаляется роль поражения желчных путей гематогенного характера. При инфекции тифозными и паратифозными бактериями значение такого характера заболеваний не подлежит ни малейшему сомнению. Особого внимания заслуживает здесь, по-моему, установленный Бринкманом и Гаге при исследовании тифозных больных факт, что в добытом дуоденальном соке, содержавшем примесь желчи, удавалось обнаружить болезнетворных возбудителей уже в самых начальных стадиях заболевания. Но, как бы то ни было, я убежден, что в генезе большей части воспалительных заболеваний желчных путей значительная роль принадлежит, наряду с гематогенным путем, также и инфекции со стороны двенадцатиперстной кишки. Тот факт, что К. Мейер при поражении желчных путей находил в желчи большую частью нормальную кишечную флору (кишечную палочку, энтерококков), стоит в полном согласии с наличием их при подобных заболеваниях в двена-

дцатиперстной кишке. При воспалительных заболеваниях поджелудочной железы также следует, помимо гематогенного способа, иметь в виду возможность инфекции со стороны двенадцатиперстной кишки или желчных путей. Во всяком случае, В. Левенбергу неоднократно удавалось на нашем материале находить при панкреатите в дуоденальном соке коли-бацилл и кишечных стрептококков. Аналогичные данные получены были нами при целом ряде случаев хронического аппендицита. Мы получаем таким образом достаточное объяснение факту одновременного существования различных болезненных состояний у одного и того же лица. Я должен отметить здесь еще раз, что при подобных более или менее неясных абдоминальных заболеваниях и общих инфекциях, мы только в том случае можем рассчитывать на успех лечения, если произведено самое тщательное исследование с учетом всех этих факторов, разумеется, при одновременном учете всей картины страдания, анамнеза, клинических симптомов и течения. Бактериологическое исследование представляет собою только дополнительный метод, облегчающий в ряду всех прочих методов исследования диагностику и терапию.

Дальнейший пробел в диагностике заболевания поджелудочной железы заполняется определением в дуоденальном соке ферментов, при том условии, что оно производится *lege artis*, т. е. по методу, разработанному моим бывшим сотрудником Изаак-Кригером. Если при повторных исследованиях обнаруживается недостаток ферментов, т. е. понижение по сравнению с минимальными, установленными Изаак-Кригером величинами, то можно признать наличие нарушения со стороны внешней секреции поджелудочной железы. Само собою разумеется, что исследование дуоденального сока никоим образом не исключает необходимости в прочих методах исследования поджелудочной железы, в том числе и в тщательном исследовании испражнений. Следует все же заметить, что по данным Изаак-Кригера определение ферментов в кале дает неточные результаты, и что исследование испражнений после пробной диеты Шмидта также оказывается на осно-

вании опытов Изаак-Кригера, Делоха и Кача иной раз ненадежным. Подобные наблюдения нам неоднократно приходилось делать на своем материале. Менее всего изучен вопрос о функциональной панкреатической гипо- и ахилии. На основании своих собственных исследований и данных моих сотрудников—особенно много занимался этим вопросом Изаак-Кригер—я могу сказать, что нам ни разу, даже в случаях ахилии, сопровождавшихся кишечными явлениями, не приходилось видеть того прекращения панкреатической секреции, аналогично понижению количества соляной кислоты по *hypo- и achylia gastrica*, с возможностью которого согласен Ад. Шмидт и некоторые другие авторы. Поэтому мы пока отрицаем вторичную функциональную *achylia pancreatica*.

Кнуд Фабер убедительно доказал, что хронический гастрит, протекающий с ахилией и в особенности сопровождающийся кишечными явлениями и поносами, часто ведет к развитию анемических состояний. Нам также неоднократно приходилось в этом убеждаться. Эту форму анемии следут отличать от пернициозной анемии; она характеризуется, главным образом, понижением содержания гемоглобина и обнаруживает цветовой показатель ниже I. Я не могу останавливаться здесь на вопросе о том, какую роль играет в развитии пернициозной анемии ахилия или атрофия слизистой оболочки желудка, которую Эвальд называет анаденией, и какое значение в патогенезе этого заболевания имеет поселение бактерий в верхних отделах пищеварительных путей. Вместе с Беккером и Левенбергом я полагаю, что мы имеем здесь дело со вторичным а не с первичным процессом. Во многих случаях пернициозной анемии, которые мне приходилось видеть на аутопсии, я постоянно находил атрофированную, толщиной в бумагу, слизистую оболочку желудка; нельзя, однако, не упомянуть, что нам, а также и другим авторам, за последнее время стали попадаться случаи, в которых клинически обнаруживалась выраженная картина пернициозной анемии, между тем как секреция соляной кислоты оставалась в пределах нормы.

Существует еще целый ряд заболеваний желудка, кишечника, печени, желчных путей, поджелудочной железы и т. п., при которых часто ставится неправильная диагностика, вследствие чего и в лечении нередко допускаются ошибки. Я пройду мимо всего общеизвестного и обычного и позволю себе только коротко остановиться на тех пунктах, где, по моему опыту, ошибки наблюдаются чаще всего.

Я должен вместе с Лейбе особенно настойчиво предостеречь от того, чтобы не объяснять гастралгии, наблюдающиеся у язвенных больных во время или после строгого лечения, одним рубцеванием язвы, и чтобы не оставлять их без внимания. Правда, рубцовый стеноз привратника может явиться причиной болей, но вообще никогда не следует рассматривать жалобы язвенных больных, как результат рубцевания, а только как признак новой или не вполне излеченной язвы, которая требует нового, пожалуй, еще более строгого или даже оперативного лечения. При этом нужно, разумеется, быть уверенным в том, что в основе болей и прочих жалоб лежит именно язва желудка или двенадцатиперстной кишки, или же какое-либо сопутствующее явление или осложнение. Больные обычно называют все наблюдающиеся у них и исходящие из различных органов схваткообразные боли „желудочными коликами“, а врач, не произведя достаточно тщательного исследования, часто поддается ошибочным указаниям больных и ставит диагноз, оказывающийся в большинстве случаев неверным. Еще Труссо указывал на то, что не меньше чем в 50% всех случаев так наз. эпигастралгий боли исходят не из желудка, а из кишечника. Локализацию болей нельзя считать надежным дифференциально-диагностическим признаком. Боли во многих случаях оказываются настолько интенсивными и распространяются на такие отдаленные органы, что больной ощущает их не в месте возникновения, а совершенно в другом месте. Так, Нотнагель указывает на то, — и я на основании собственного опыта могу это целиком и полностью подтвердить, — что при аппендиците, в особенности в самом начале заболевания, боли нередко ощущаются в левой стороне живота или в под-

ложечной области, а при раке слепой кишки иногда в области flexura sigmoidea и наоборот. Для того, чтобы предохранить себя от смешения, следует обращать внимание на то, что боли, исходящие из кишечника, обычно меняют свое место, сопровождаются вздутием или пальпируемым спазмом кишек и обычно после отхождения стула или газов внезапно проходят. Я не признаю, как указывалось уже выше, существования энтералгии в смысле невралгии области чувствующих нервов кишечника. За подобными спазмами обычно скрываются воспалительные изменения или язвенный процесс, „прикрытая“ перфорация, начинающийся стеноз кишечника, желчно- или почечно-каменная болезнь, острые и хронические заболевания поджелудочной железы, свинцовая колика, пиелит, гидро- или пионефроз, хронический аппендицит со сращениями, параметрит, внематочная беременность, перекручивание овариальной кисты, скручивание сальника или перекручивание задержавшегося в паховом канале или в брюшной полости яичка, ущемление грыжи, грыжа белой линии, заболевание тифом, пневмонией или плевритом. Даже диабетическая кома и острый приступ малярии, а также и многие другие заболевания могут обусловить сильные боли в брюшной полости. В результате мы видим неверные диагнозы и тяжелые терапевтические ошибки.

Совсем недавно мне пришлось убедиться, к каким роковым последствиям могут повести подобные ошибки. В больницу была доставлена для операции по поводу внезапно появившихся сильных болей в животе и рвоты 18-летняя больная с диагнозом „перфоративный перитонит“. Прежде чем приступить к операции, было произведено исследование мочи, в которой обнаружено такое большое количество сахара (4, 86%, ацетон и ацетоуксусная кислота), что с несомненностью можно было поставить диагноз „diabetes mellitus“. В крови была установлена гипергликемия (0, 353 гр. %). Принимая во внимание все эти данные, было решено, несмотря на наличие тяжелых абдоминальных явлений и диффузного напряжения брюшной стенки, отказаться от операции и приступить к энергичному лечению инсулином. После кратковременного улучшения больная на 3 й день после поступления в больницу умерла при явлениях присоединившейся уремической комы (остаточный азот: 88,20 мг %). На секции была установлена значительная атрофия поджелудочной железы (вес 35 г; никакого перитонита. Таким образом абдоминальные явления только симулировали картину перитонита (pseudoperitonitis). Аналогичные наблюдения опубликованы за последнее время и другими авторами (Вихман, Гамбургер и др.) Наш случай представляет особый интерес в том

смысле, что диабет вплоть до поступления в больницу протекал у этой больной латентно.

Из всего этого нужно сделать тот вывод, что при внезапно наступающем абдоминальном заболевании, производящем впечатление прободного перитонита, нужно подумать также о возможности диабетической комы, даже в том случае, когда в анамнезе мы не находим для этого никаких данных. В нашем случае операция не была произведена, но описаны вполне аналогичные случаи, где прибегали к лапаротомии, при чем на операции никаких признаков перитонита не оказывалось (В. А. Фишер, Узадель и др.). Следует, однако, отметить также и ошибки противоположного характера, когда при выраженной диабетической коме тяжелый, абдоминальный симптомокомплекс принимался за проявление этой комы, в то время как в действительности дело шло о прорыве нагноившейся трубы. В случае, описанном Минковским, больная умерла не будучи оперированной.

Как раз за последние годы мне пришлось несколько раз наблюдать острые приступы малярии, протекавшие под видом тяжелого абдоминального заболевания. Боли в области желудка бывали при этом настолько интенсивными, что больные поступали в больницу под диагнозом „прободная язва желудка или двенадцатиперстной кишки“. Подобные диагностические ошибки описаны также другими авторами (Зейфарт). Розенбург сообщает о двух случаях, из коих один подвергся лапаротомии по поводу предполагавшегося гнойного перитонита, а второй поступил с диагнозом „прободная язва желудка“.

Совсем нередко больные и даже врачи видят источник сильных судорожных приступов в страдании желудка, в то время как в действительности дело касается временного ущемления мелких, часто величиной с вишню бедренных грыж, что наблюдается главным образом у женщин. Коликообразные боли внизу живота довольно часто зависят от расширения пахового канала, когда в него во время кашля или натуживания внедряется кишечная петля. Нужно быть с подобной возможностью знакомым и при исследовании помнить

о ней, чтобы с помощью надлежащей терапии—наложение бандажа, операции—добиться излечения. К сожалению, подобные состояния часто упускают из виду и без всякой надобности подвергают больного строгому противоязвенному или даже курортному лечению. Известно, что грыжи белой линии также могут вызывать сильные коликообразные боли. Впрочем, значение их в настоящее время, как говорит Ридель, слишком переоценивается, подобно тому, как раньше оно недооценивалось. Уже издавна я всегда предостерегаю от того, чтобы наблюдающиеся при таких грыжах желудочные жалобы объяснять только ими и подвергать операции всякий случай *hernia epigastrica*, не подумавши предварительно о том, что исходным пунктом болей может быть не грыжа, а одновременно существующая язва, аппендицит, холецистит и т. д. Очень часто нераспознанной остается „прикрытая перфорация“. Если не имеется никаких угрожающих явлений, то с операцией следует подождать до тех пор, пока острый процесс затихнет.

Из всего сказанного легко убедиться в том, насколько велики и неистощимы трудности при диагностике заболеваний брюшных органов, и как тяжелы могут быть последствия неправильных терапевтических мероприятий, вытекающих из подобных ошибочных диагнозов.

Если диагноз кишечной колики в достаточной мере подтвержден, то прежде всего нужно вспомнить о стенозировании, а у больных соответствующего возраста следует подумать о раке. Схваткообразные приступы колик часто являются первым и во всяком случае наиболее тревожным признаком начинающегося кишечного стеноза, заставляющим больного обратиться за врачебной помощью. Если к коликообразным болям присоединяются еще неправильности стула, в смысле запоров или поносов, отхождения крови и т. д., то подозрение на карциному подкрепляется, в особенности если дело касается таких больных, которые раньше не страдали никакими подобными неправильностями. Тщательная пальпация брюшных органов, наблюдаемое или ощупываемое вздутие кишечника перед местом сужения, дигитальное исследование *per rectum*,

ректоскопия с гистологическим исследованием добытых частиц ткани—все это большей частью выясняет вопрос. Следует также заметить, что при гистологическом исследовании можно придавать значение только положительным в смысле карциномы данным, отрицательный же результат не исключает возможности рака. Во всех случаях с подозрением на рак кишечника необходимо произвести рентгенологическое исследование *per os* и *per rectum*, так как оно очень часто может внести ясность в диагностику. Впрочем, я на основании своего опыта знаю, что самое тщательное и направленное именно в эту сторону рентгенологическое исследование иной раз дает отрицательный ответ, хотя все клинические симптомы говорят за наличие злокачественной опухоли кишечника. Поэтому я в подобных случаях, несмотря на отрицательные рентгенологические данные, обычно решаюсь на операцию. Если только нет каких-либо особых противопоказаний, я все же ни в коем случае не рекомендую отказываться от производства рентгеновского снимка даже там, где опухоль прощупывается через прямую кишку. Этот снимок показывает нам обычно месторасположение и распространение опухоли; дигитальное же исследование может повести к диагностическим ошибкам, когда обнаруживают рак прямой кишки, в то время как в действительности опухоль расположена значительно выше и прощупывается низко только благодаря инвагинации. Мы можем таким путем предохранить больного от ненужной операции со стороны крестца, так как до опухоли можно в данном случае добраться и через разрез в стенке живота. Все это представляет собой не теоретические рассуждения, а факты, основанные на опыте и наблюдениях.

Непроходимость кишечника может наступить при раке внезапно и обусловить необходимость в немедленной операции; но в других случаях могут в течение нескольких недель или месяцев существовать только невыраженные симптомы, указывающие на частичный *ileus*, пока в один прекрасный день, благодаря застрявшей грубой частице пищи и кала, не разовьется полный *ileus* со всеми его угрожающими признаками и с необходимостью немедленной операции.

На основании материала различных хирургов, включающего 742 случая, Керте вычислил, что при опухолях толстой кишки непроходимость развивается в 38%. Из статистики, разработанной по моему поручению Шерком для других целей, следует, что через наше отделение за время с I/I—1923 г. по I/VI—1927 г., т. е. за 4½ года прошло 192 случая рака кишечника. В это число входит 25 случаев, где болезнь была распознана только на аутопсии. Из 192 случаев рака тонкой и толстой кишок пришлось оперировать по поводу полной непроходимости 36 случаев, т. е. 45,5%, считая и те случаи, где непроходимость развилась из хронического кишечного стеноза.

Эти цифры показывают, насколько часто диагноз „рак кишечника“ ставится в поздних стадиях заболевания, когда оказание радикальной помощи представляется уже невозможным.

На дифференциальной диагностике рака и других состояний, ведущих к стенозу кишечника, я могу здесь не останавливаться, поскольку этот вопрос достаточно подробно был разобран на прошлогоднем съезде. Я должен только коротко отметить, что нередко диагностируется непроходимость кишечника, в то время как в действительности имеется нефролитиаз, и что в результате таких диагностических ошибок производились ненужные и разумеется бесполезные лапаротомии. Заслуживает еще упоминания тот факт, о котором несмотря на многочисленные указания часто забывают, а именно, что при всяком случае илеуса нужно прежде всего искать ущемленную грыжу и подумать также о кишечных инфарктах и о токсических и инфекционных заболеваниях (свинцовая колика, табические кризы, менингит и т. д.), т. е. о таких состояниях, которые дают картину, сходную с острым или хроническим кишечным стенозом. Нужно считаться также с возможностью доброкачественных опухолей, тем более, что даже сильно сокращенная *descendens* может симулировать злокачественное новообразование; как мне самому пришлось убедиться при оперировании подобного случая. При генерализованном нейрофиброматозе—заболевании, описанном 45 лет тому назад Реклингаузеном, нужно помнить о возможности существования нейрофибром и в пищеварительном тракте. В кишечной форме нейрофиброматоза теперь обычно принято различать 4 группы:

1) Интестинальный нейрофиброматоз, как частичное проявление общего нейрофиброматоза.

2) Интестинальный нейрофиброматоз в виде единственной локализации.

3) Интестинальный нейрофиброматоз (как в п. 1 или 2) с развитием саркомы.

4) Интестинальный нейрофиброматоз (как в п. 2) с местным гигантским ростом (Л. Пик).

Большинство случаев принадлежит к первой группе. Опухоли этой группы обычно клинически протекают без явлений. Однако подробно прослеженный и описанный Банерже и Христеллером случай показывает, что нейрофиброматоз кишечника может в виде исключения послужить причиной инвагинации.

В этом случае нейрофиброма нижней части jejunum повела к внедрению, потребовавшему немедленной операции (резекция инвагинированного отрезка кишечника).

Нужно также помнить о воспалительных опухолях, локализирующихся в илеоцекальной области, по ходу поперечной ободочной кишки и в области flexura sigmoidea, и зависящих от аппендицита, тифлита, сигмои перисигмоидита. Так как при этом наблюдаются иногда те же симптомы, что и при злокачественном новообразовании, то смещение вполне возможно.

В пользу воспалительной опухоли скорее—но отнюдь не всегда—говорит большая интенсивность болей, ясная чувствительность опухоли к давлению и значительная длительность страдания, иной раз со свободными от жалоб промежутками. При рентгеновском исследовании с помощью контрастного завтрака и клизмы мы в большинстве случаев получаем представление о наличии и расположении опухолей, но это не всегда с точностью выясняет нам характер основного страдания. Значительную помощь при диагностике локализирующихся в прямой кишке и flexura sigmoidea процессов оказывает ректороманоскопия; к ней следует прибегать при всяких упорных неправильностях стула, если даже не имеется никаких явных симптомов, указывающих на заболевание прямой кишки. Даже при отрицательных данных, полученных с помощью дигитального исследования прямой кишки, не следует отказываться от эндо-

скопии. Совсем недавно нам лишний раз пришлось убедиться в том, насколько все эти методы исследования необходимы для правильного диагноза, насколько разнообразной может быть картина рака кишечника, и насколько велики возможности ошибок даже со стороны клинически опытных врачей. У больного, страдавшего болями в желудке, тошнотой и рвотами, был в хирургическом отделении на основании рентгеновской картины поставлен диагноз *ulcus ad pylorū*. При операции (резекция по Бильроту I с задней гастроэнтеростомией) была обнаружена в привратниковой части инфильтрация, подозрительная на язву. При гистологическом исследовании не было обнаружено никаких данных в пользу язвы или рака. В действительности дело касалось подтвержденной на вскрытии иноперабельной карциномы величиной с кулак, расположенной на *flexura coli hepatica* и давшей метастазы в печени.

Я уже упоминал о том, что острый и хронический аппендицит может обусловить появление кишечных колик и повести к ошибочному диагнозу. Так как в этом отношении моя мысль часто истолковывается неправильно, то я добавляю еще, что известные рентгенологические симптомы, т. е. так наз. аппендостаз (Френкель) и то обстоятельство, что у молодых лиц червеобразный отросток почти никогда не заполняется контрастной кашей, могут только подтвердить клинический диагноз хронического аппендицита, но отнюдь не должны служить показанием к операции. При вопросе об операции решающее значение имеет только анамнез и клинические данные. На прошлогоднем съезде в Вене я указывал уже на возможность смешения перфорировавшегося в кишку аппендицита или гнойного воспаления трубы с илеусом. Мне все время приходится встречаться с подобными диагностическими ошибками, которые оказываются роковыми, так как ведут к неправильным операциям. Неоднократно мне приходилось также наблюдать, что аппендицит может протекать под видом желчной колики. Здесь особенно легко впасть в ошибку в тех случаях, где к болевым приступам, зависящим от аппендицита, присоединяется еще и желтуха. Подоб-

ное осложнение аппендицита желтухой наблюдается по моему опыту, опирающемуся на данные, полученные при операциях, главным образом там, где червеобразный отросток располагается своей верхушкой вблизи желчного пузыря.

Болевые приступы, возникающие в желчных путях, в общем легче удается отличить от кишечной или почечной колики. Но все же диагностические ошибки возможны также и здесь, в особенности если одновременно с желчной коликой имеются кишечные явления— что наблюдается нередко—и если при атипично протекающих случаях правосторонней почечной колики боли ощущаются в области желчного пузыря. Значительно большие трудности возникают при дифференциальной диагностике между язвенной гастралгией и желчной коликой, в особенности если ни анамнез, ни симптомокомплекс не дают никаких указаний в пользу одного или другого страдания. В этом отношении я хочу обратить внимание только на два пункта. Нередко диагноз „желчная колика“ отвергается только на основании того, что больной никогда не страдал желтухой. Не всем, повидимому, достаточно хорошо известен тот факт, что желтуха, несмотря на все значение, которое она имеет в диагностике заболеваний печени и желчных путей, отсутствует приблизительно в половине всех случаев холелитиаза, даже в острой стадии заболевания. Наивысшей степени желтуха достигает, как известно, при закрытии общего желчного протока камнем или опухолью, а также при сдавлении его воспалительными процессами (панкреатит). Излишнее откладывание операции при длительной и зависящей от доброкачественного заболевания желтухе представляет собою грубую терапевтическую ошибку, часто влекущую за собой роковые последствия, вследствие присоединения холемии. Операция должна быть произведена раньше, чем наступит неисправимое нарушение функций печени.

По исследованиям Вильдеганса недостаточность печени идет параллельно понижению количества тромбина, которое при полной закупорке желчного протока наступает обычно через 3—4 недели после появления желтухи. Поэтому в случаях холемической желтухи, в особенности при закупорке камнем, следует приступать к оператив-

ному вмешательству до истечения 3-х недель. Холемических кровотечений удастся, по Керте, избежать легче всего с помощью предварительного переливания крови. На вопрос о том, способно ли такое переливание принести пользу при угрожающем последовательном кровотечении, наступающем обычно через 6—8 дней после вмешательства, могут дать ответ, по мнению Керте, только дальнейшие наблюдения.

Возможность получения рентгенологического изображения желчного пузыря, несомненно, представляет собою для диагностики заболеваний печени и желчных путей определенное достижение. Этот метод исследования дает нам представление о форме, положении и интенсивности тени желчного пузыря, затем о патологических отклонениях в смысле длительности его наполнения и опорожнения, а также сократительности; он служит для обнаружения желчных камней, а при полном отсутствии тени может дать весьма ценные указания для диагноза и дифференциальной диагностики. Тем не менее, всем этим данным можно придавать значение при оценке картины заболевания, а также в отношении терапии, только с большой осторожностью, при учете результатов прочих методов исследования и обязательно в связи со всеми анамнестическими данными. Хотя я и признаю те успехи, которые принесли с собою холецистография, тем не менее я должен предостеречь от переоценки значения этого метода исследования. Диагностические ошибки, стоящие в связи с результатами холецистографии, могут быть весьма разнообразными. Несмотря на недостаток места, я не могу не остановиться на важнейших вопросах, связанных с этими методами, тем более, что мои взгляды в этом отношении довольно существенно разнятся от взглядов многих других авторов.

Ни в своем отделении, ни в своей частной практике я не применяю внутривенных инъекций контрастного средства, так как мне пришлось на довольно большом числе больных, исследованных по этому методу, видеть весьма неприятные и даже угрожающие последовательные явления токсического характера.

Для широкого употребления, я предпочитаю пероральный метод, хотя нужно отметить, что при надлежащей технике и медленном вливании внутривенные

инъекции являются в настоящее время более надежными и не столь опасными, как раньше. Однако Шенлебер в 8% случаев видел в соответствующих венах образование тромбов, с чем нельзя не считаться. Во всяком случае, внутривенные инъекции должны производиться только при условии клинического наблюдения за больным, что соответствует также и данным клиник Эйзельберга и Ранци, опубликованным Кнофляхом. Полученные при холецистографии данные не являются абсолютно надежными. Для обнаружения желчных камней не следует отказываться и от обыкновенного снимка без контрастного средства, при чем камни, содержащие кальций, выявляются приблизительно в 34% случаев; при пользовании же контрастным средством желчные камни, по данным различных авторов, обнаруживаются приблизительно в 55% случаев. Таким образом этот метод дает положительные результаты только в половине всех случаев, но при этом следует заметить, что нередко ошибки возникают как раз при толковании характера тени, когда за желчные камни принимают обызвествленные лимфатические железы, камни поджелудочной железы, почек и мочеточников, участки окостенения в реберных хрящах и даже пузыри газа в толстой кишке. Но даже при несомненном обнаружении камней, это еще отнюдь не может служить доказательством тому, что жалобы больного зависят именно от них; ведь мы знаем, что желчные камни очень часто, в особенности у женщин, не вызывают никаких жалоб. С другой стороны нам известно, что все жалобы зависят в большей степени от инфекции, нежели от камней, и что жалобы могут быть очень интенсивными также при отсутствии камней в желчном пузыре, желчном протоке и т. д. Таким образом несмотря на положительный результат рентгеновского исследования в смысле обнаружения в желчном пузыре камней, необходимо еще доказать, что страдание зависит именно от холелилтиаза, а кроме того остается еще открытым вопрос, не лежит ли в основе жалоб одновременно существующая язва, аппендицит и т. д. Мои выводы относительно бактериологического исследования дуоденального сока объяс-

няют нам существующие между этими различными болезненными состояниями взаимоотношения.

Для того, чтобы по возможности предохранить себя от подобных диагностических ошибок, весьма желательно производить наряду с холецистографией, также и рентгеновское исследование желудка и двенадцатиперстной кишки после наполнения контрастной массой.

Отсутствие тени желчного пузыря или „слабая“ тень, по новейшим исследованиям Кнофляха и по данным, полученным в клинике Бира Бетцнером и Гребе, не имеют дифференциально-диагностического значения, даже в том случае, если красящее вещество вводилось внутривенно. Объясняется это тем, что на основании результатов исследования Гребе, вполне согласующихся с клиническими наблюдениями, всякие раздражения, даже искусственные, локализующиеся вне желудочно-кишечного канала и вдали от желчных путей, могут устранить или ослабить тень желчного пузыря. Как Бетцнеру и другим авторам, так и мне самому приходилось наблюдать отсутствие тени при совершенно нормальном желчном пузыре. По мнению перечисленных выше авторов, истинное значение холецистографии заключается в той отчетливой (положительной) картине „которую дает здоровый желчный пузырь и которая таким образом дифференциально-диагностически исключает его заболевание“ (Гребе). В какой мере подобная „совершенная“ картина представляет надежную почву для дифференциально-диагностических заключений, покажут только дальнейшие наблюдения. По моему мнению „положительная“ картина не исключает еще инфекции желчного пузыря. При острых угрожающих заболеваниях желчных пузырей, требующих быстрого хирургического вмешательства, например при эмпиеме желчного пузыря, при угрозе перфорации, едва ли может возникнуть вопрос о холецистографии. Противопоказана она, в особенности внутривенная инъекция,— в этом отношении я присоединяюсь к мнению многих других авторов—в случаях с выраженной желтухой, при болезнях сердца и почек, при высоком кровяном давлении, артериосклерозе, угрожающей апоплексии,

а по данным Шварца также и при анемии и диабете. Если между клиническими и рентгенологическими данными имеются противоречия, то при уверенности в результатах клинического исследования не следует отступать от соответствующего диагноза. Таким образом здесь, как и при диагностике язвы, клиническое исследование стоит на первом плане. При абсолютной уверенности в диагнозе можно даже совсем отказаться от холецистографии. Применение диагностических целей пнеймоперитонеума я вместе с Керте считаю неправильным.

Лечение заболеваний желчных путей с помощью средств, оказывающих выжимающее действие на наполненный желчный пузырь, как гипофизин, питуитрин, галлофизин и т. д., я считаю не целесообразным, несмотря на сообщаемые некоторыми авторами хорошие результаты. В этом вопросе я не присоединяюсь к оптимистическим взглядам других авторов, а придерживаюсь больше точки зрения Гарре, и считаю, что лечение желчно-каменной болезни названными средствами, является даже рискованным. Если мы решаемся использовать камнеизгоняющее действие, то возникает опасность, что более крупный камень не пойдет по естественному пути и может перфорировать стенку больного желчного пузыря. Если даже при благоприятных условиях камень попадет при этом в двенадцатиперстную кишку, то для больного возникает новая опасность в виде закупорки этим камнем кишечника. Я не могу также присоединиться к тому представлению, будто после вызванного гипофизином или другими перечисленными средствами опорожнения содержимого желчного пузыря затихает также и инфекция. Я могу вместе с Гарре утверждать, что, „даже после эвакуации содержимого источник инфекции продолжает существовать и оказывать свое действие“. Гарре вполне справедливо указывает также и на то, что с переходом камня из желчного пузыря в choledochus могут возникнуть такие осложнения, которые вызовут необходимость производства операции и при том в условиях, значительно менее благоприятных, нежели холецистэктомия при свободном желчном протоке.

При различных формах печеночной желтухи (icterus catarrhalis, сифилитическая желтуха и т. д.) мне приходилось видеть хорошее, иной раз поразительно быстрое действие от зондирования двенадцатиперстной кишки и промывания ее раствором серно-кислой магнезии. При острых заболеваниях желчных путей (острый холецистит, тяжелый холангит) я отдаю, по сравнению с промыванием, предпочтение обычной терапии, заключающейся в предоставлении желчным путям покоя. Что касается попыток изгнания желчных камней и устранения закупорки желчного протока ущемившимся камнем с помощью промываний, то сюда относится все то, что я говорил о лечении гипофизинном. Промывание абсолютно противопоказано при подозрении на угрозу перфорации желчного пузыря, при эмпиеме пузыря и при сморщенном пузыре. При более крупных дозах серно-кислой магнезии мне вместе с другими авторами приходилось наблюдать тошноту, поносы и рвоты; поэтому я пользуюсь для промываний не слишком крепким раствором.

Если имеется достаточно данных для признания закупорки пузырного или желчного протоков, то остается еще решить вопрос, от чего зависит эта закупорка, от камня ли, от сращений, новообразования и т. п. В то время как закупорка желчного протока опухолью или сдавлением протекает обычно без приступов колик, при закупорке камнем большей частью наблюдаются более или менее сильные колики. Все же по моим наблюдениям отсутствие болей и приступов колик не исключает с безусловностью закупорки желчного протока камнем. Правило Курвуазье, согласно которому, как известно, при закупорке желчного протока новообразованием пузырь прощупывается в виде округлой, безболезненной, выступающей из под края печени опухоли, в то время как при закупорке камнем он бывает маленьким, сморщенным и едва прощупываемым, оправдывается не во всех, а только в 75% случаев. На вопрос о причинной связи между желчными камнями и образованием рака, различные авторы отвечают по-разному; вообще этот вопрос не может еще считаться окончательно разрешенным. Я полагаю, что при желчно-

каменной болезни следует прибегать к оперативному вмешательству из опасения перехода в рак только в том случае, если у больного можно доказать семейное предрасположение к заболеванию раком. Остальные у части больных желчно-каменной болезнью после операции жалобы могут быть объяснены различным образом. О них нужно знать и нужно стараться их распознать, так как это во всяком случае является обязательным условием для правильного и успешного лечения. Если причина послеоперационных колик заключается в образовании новых камней, что наблюдается реже, или оставшихся старых, или же если в основе их лежит сужение желчного протока, то помощи можно ждать только от новой операции. В тех случаях, где причина такого возврата колик остается не выясненной, можно попытаться произвести дуоденальное зондирование со вливанием раствора сернокислой магнезии или же паравертебральную инъекцию. В довольно значительной части случаев, остающиеся после операции или наново возникающие жалобы зависят, по моим наблюдениям, не от поражения желчных путей и не от операции, а главным образом от заболевания других органов брюшной полости, напр., от язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, от колита, хронического аппендицита, панкреатита и т. д. Лечение в этих случаях должно быть направлено, разумеется, в сторону подобного основного страдания.

По вопросу о так наз. „катарральной желтухе“ наши взгляды за последнее время претерпели существенные изменения. Мы теперь знаем, что „катарральная желтуха“ постоянно сопровождается более или менее значительным поражением паренхимы и что она в любой момент может перейти в острую желтую атрофию печени. По исследованиям моего бывшего сотрудника Ноа нагрузка галактозой вызывает при „катарральной желтухе“, а также при атрофии печени и при *icterus lueticus* значительное повышение абсолютных цифр содержания сахара в крови и заметно более медленное течение кривой. Гипергликемический показатель оказывается таким образом очень высоким. Соответственно патологической гликемической реакции содер-

жание галактозы в моче также повышается. В общем первый признак по своей точности превосходит галактозурию.

Значительные затруднения представляет часто решение вопроса, имеется ли ограниченное или диффузное поражение паренхимы печени, а также зависит ли имеющаяся желтуха от препятствия в желчных путях (камень, новообразование) или от поражения печеночной паренхимы. Соответственно этому и диагностические и терапевтические ошибки также оказываются довольно частыми. Здесь нужно определенно указать, что ответ на эти вопросы может с большой точностью дать проба с галактозой (введение 40 г галактозы): патологический тип кривой сахара крови, т.е. замедленное течение при часто высоких абсолютных цифрах, и патологическая галактозурия, т.е. выделение с мочей более 2-х г, указывают на диффузное поражение паренхимы и говорят как против ограниченного процесса, так и против закупорки желчных ходов.

По исследованиям Ноа и Гана большое значение при дифференциальной диагностике заболеваний не только печени, но и желчных путей может иметь определение скорости оседания эритроцитов. Этот метод также показывает, что патогенетическое и морфологическое различие между атрофией печени и hepatitis icterica следует признать не принципиальным, а только количественным. Ноа нашел, что при поражениях паренхимы печени, протекающих под видом атрофии, Роэ обнаруживает значительное замедление; „катаральная желтуха“ дает замедленные или нормальные цифры и только в единичных случаях легкое ускорение. При улучшении общего состояния Роэ обычно достигает более высоких цифр; таким образом этот факт имеет прогностическое значение. В противоположность этому, при сифилитической желтухе оседание бывает ускоренным, точно также, как и при циррозах (за исключением cirrhose cardiaque) и новообразованиях. Это относится также и к холецистопатиям. Дифференциально-диагностическое значение Роэ особенно велико при острой и субхронической атрофии, при отличии „катаральной“ желтухи от сифилитической, а также

в смысле возможности отличия паренхиматозных поражений от механической закупорки камнем или новообразованием, обычно сопровождающейся ускорением оседания. При учете результатов различных приведенных здесь методов исследования легче всего можно предохранить себя от ошибок и терапевтических упущений.

С особенными трудностями приходится сталкиваться при дифференциальной диагностике между илеусом и острым панкреатитом или острым некрозом поджелудочной железы, который только в редких случаях диагностируется правильно. Это тем более прискорбно, что как раз острый некроз поджелудочной железы, благодаря своему острому и угрожающему жизни течению, требует быстрого и своевременного врачебного вмешательства. Если только вспомнить о такой возможности, то опытному врачу всегда придет на ум острый некроз поджелудочной железы при наличии соответствующего анамнеза, предшествовавших воспалительных заболеваний желчных путей, жалоб на сильные, отдающие в левую верхнюю часть живота боли, когда дело касается больных зрелого возраста (Керте), часто ожирелых, оказывающихся обычно алкоголиками и артеросклеротиками. Но ошибки при толковании всей картины заболевания могут произойти, конечно, очень легко, так как интенсивность болей прежде всего заставляет подумать о перфоративном перитоните, а целый ряд таких свойственных илеусу явлений, как рвота с коллапсом, вздутие живота, *facies abdominalis* (цианоз лица) и т. д., дают все основания для предположения о стенозе кишечника.

Из дифференциально-диагностических соображений, которые нужно иметь в виду при разборе такой картины заболевания, следует обратить внимание на следующее: в противоположность тяжелым абдоминальным явлениям с бледностью, ускоренным дыханием и непрерывной рвотой, мы имеем здесь иной раз сравнительно незначительную чувствительность к давлению и нерезко выраженное мышечное напряжение, наступающее обычно только тогда, когда процесс существует уже 2—3 дня и когда в страдание вовлечена и

брюшина. Пульс также первое время остается медленным и хорошего наполнения. Оба эти дифференциально-диагностических признака нужно рассматривать, как говорящие против перфоративного перитонита и странгуляционного илеуса. Против илеуса говорит также и то, что рвотные массы не имеют вначале калового характера, что имеется отхождение газов и стула, а иногда наблюдается даже понос. Против перфоративного перитонита говорит далее почти всегда значительный с самого начала метеоризм в верхней части живота. Кертс придает большое значение поперечно расположенной резистентности, прощупываемой в глубине выше пупка. Наряду с этими признаками, на заболевание поджелудочной железы указывает существующая иногда гликозурия и повышенное содержание сахара в крови натощак.

Для того, чтобы в таких затруднительных случаях получить дальнейшую, возможно более прочную опору для правильной диагностики, следует как можно быстрее произвести уже много лет тому назад предложенное Вольгемутом исследование крови и мочи на диастазу. Так как при острых поражениях поджелудочной железы количество диастазы оказывается обычно повышенным, что подтверждается многочисленными литературными указаниями, и в чем я сам имел возможность убеждаться неоднократно при соответствующих операциях, то этот метод представляет для клиники надежное вспомогательное средство для подтверждения диагноза „острый некроз поджелудочной железы“. Во всяком случае, было бы весьма желательным производить определение диастазы в моче при каждом неясном остром абдоминальном заболевании. Проба эта очень проста, ответ получается уже через 40 минут, между тем как определение резистентной к атаксилу липазы в сыворотке является более хлопотливым и требует больше времени. Все же Маркус и Симон а также мой сотрудник Квилеки получили с помощью этого последнего метода довольно хорошие результаты.

При диагностике „острого некроза поджелудочной железы“ абсолютную ценность имеет, однако, только

чрезвычайно высокое содержание фермента (в норме D 38° 30'—32, патологические цифры по Рона и Павловичу от 64—128 до 1.024).

Имея в виду с помощью определения диастазы в сыворотке и моче выяснить, насколько часто после заболевания печени и желчных путей развиваются поражения поджелудочной железы, я предложил Кону обследовать 96 соответствующих больных моего отделения. Оказалось, что в 28,9% случаев заболевания желчного пузыря и в 23% случаев „катарральной желтухи“ проба Вольгемута указывала на повышенное содержание диастазы в моче, т.-е. на участие поджелудочной железы. При хронических изменениях печени—количество соответствующих случаев было, впрочем, незначительным (5)—участия поджелудочной железы нельзя было доказать. Произведенное в большинстве случаев одновременно с этим исследование сыворотки не так часто давало повышение количества диастаза, как в моче. Поэтому как для клинической диагностики, так и для практического применения, следует в первую очередь иметь в виду исследование мочи. В описанном смысле значение положительного результата пробы Вольгемута заключается при острых случаях в указании на заболевание поджелудочной железы, будь то первичный очаг, или только участие ее в другом процессе; но в то же время в смысле показаний к оперативному вмешательству проба эта не дает ничего. По мнению Унгера и Геусса показание к операции должно становиться только на основании всей клинической картины и общего состояния больного. В общем, при остром некрозе поджелудочной железы, если даже диагноз поставлен только с известной степенью вероятности, следует решиться на операцию по возможности раньше. Если момент для раннего вмешательства уже упущен, то в дальнейшем нужно действовать в зависимости от особенностей каждого данного случая. Гулеке придерживается той точки зрения, что даже в поздних случаях всегда следует оперировать, так как при этом повышаются шансы на излечение, и скорее устраняется опасность развития хронического панкреатита.

На основании большого собственного опыта я могу сказать, что порой довольно трудно бывает разобраться в некоторых случаях упорных кишечных заболеваний, сопровождающихся более или менее выраженными или скрытыми кровотечениями и прогрессирующим упадком сил, длящихся месяцами или даже годами и в большинстве случаев оканчивающихся смертельно. В подобных случаях постоянно приходится задавать себе вопрос, имеем ли мы здесь дело с туберкулезом, дизентерией или раком. Если и анамнез и клинические данные—при чем должно быть обращено внимание на все органы—и общее течение заболевания обнаруживают характерные для упомянутых заболеваний симптомы, то сомнение едва ли возникнет. Но если этих симптомов нет, если ни в полости живота, ни *per rectum* не удастся прощупать опухоли, если в легких не обнаруживаются признаки туберкулеза, если не имеется тенезмов и характер испражнений, а также серологические исследования и т. п. не дают никаких характерных признаков, если при ректороманоскопии и рентгеновском исследовании не обнаруживается никаких определенных симптомов, а также и в анамнезе не находим никаких точек опоры для диагноза, то мы едва ли можем обойтись без предположения о бациллярной дизентерии, которая, в особенности у лиц пожилых, часто развивается весьма постепенно без начального острого стадия. Во всяком случае, мне неоднократно приходилось убеждаться в том, что на вскрытии иногда обнаруживается тяжелый дизентерийный процесс не только у лиц пожилых или престарелых, при чем *intra vitam* симптомы острой дизентерии ничем себя не проявляли, а вся клиническая картина с ее кровянисто-слизистыми и гнойными поносами решительно говорила за рак кишечника.

В двух находившихся под моим наблюдением аналогичных случаях в основе заболевания лежал, как показало вскрытие, *colitis cystica profunda*, находящийся в тесной зависимости от дизентерии, между тем как *colitis cystica superficialis* представляет собою невинное сопутствующее явление при атрофическом катаре толстой кишки.

Очень легко смешать туберкулез и рак кишечника, в особенности если раковое заболевание поражает больного, который в то же время страдает выраженным туберкулезом легких. И, наоборот, диагноз туберкулеза также может натолкнуться на затруднения, если дело касается вовсе не такого редкого, как предполагалось раньше, первичного туберкулеза кишечника и если к тому не обнаруживается никаких туберкулезных изменений в других органах.

Особенно трудным бывает правильное толкование симптомов рубцующегося туберкулеза, оказывающегося большей частью стенозирующим и гиперпластическим. Все изменения локализируются обычно в илео-цекальной области, прежде всего в слепой кишке, реже в других частях толстой кишки (*flexura colisig.*, *colon ascendens*), а иногда и в тонких кишках. Развивающиеся при этом опухоли принимаются обычно за карциному или рассматриваются, как последствие аппендицита. Большинство из описанных различными авторами отличительных признаков являются по моим наблюдениям ненадежными. Обнаружение туберкулезных бацилл в испражнениях не может считаться безусловным доказательством в пользу туберкулезного характера опухоли. Кертге, Эвальду, а также мне самому приходилось видеть несколько таких случаев, где несмотря на наличие выраженного верхушечного туберкулеза (с туберкулезными палочками в мокроте, а в моих случаях также в испражнениях), опухоль, располагавшаяся в области слепой кишки и считавшаяся туберкулезной, оказывалась раковой. По моим наблюдениям туберкулезная опухоль илеоцекальной области отличается от аппендицита своим медленным развитием, а от карциномы иной раз тем, что злокачественные опухоли раньше вызывают явления стеноза, чем туберкулезные. Но особое значение я придаю различной в большинстве случаев форме образования опухоли. При туберкулезе опухоль бывает трубковидной и бугристой; она обычно переходит постепенно на соседние участки кишечника, бывает чувствительной к давлению и в дальнейшем своем течении оказывается неподвижной и фиксированной. В противоположность этому, рако-

вое новообразование представляется более отчетливо ограниченным. В подобных случаях мы можем уберечь себя от ошибочного диагноза только с помощью самого тщательного исследования, в особенности с помощью детальной пальпации живота, а также ректального и рентгеновского исследования.

Сифилитические поражения кишечника, встречаются, по современным нашим представлениям, довольно редко, во всяком случае значительно реже, чем указывается в старой литературе. По данным весьма авторитетных авторов, приобретенный сифилис кишечника наблюдается еще реже, чем врожденный. Е. Френкель на 19000 вскрытий нашел только 3 случая, а Хиари из 243 трупов сифилитиков только 8 раз видел сифилитические изменения в желудке или кишечнике. Нишикава на материале патологического института больницы Рудольфа Вирхова нашел только 6 случаев сифилиса кишечника. По исследованиям Христеллера, можно на основании макроскопического вида очагов различать 3 стадии: 1 стадий гранулирующей инфильтрации, 2 стадий—индурации и ульцерации и 3 стадий—рубцевания. Клинический диагноз сифилиса кишечника в самом лучшем случае может быть поставлен только предположительно, при наличии других признаков сифилиса и при положительном результате реакции Вассермана. При дифференциальной диагностике сифилитических поражений кишечника от других процессов наибольшие затруднения встречаются относительно туберкулеза, рака, тифа и воспалительных „опухолей кишечника“, и в меньшей степени относительно дизентерии и актиномикоза. Предположение, что туберкулезные язвы кишечника, в противоположность сифилитическим очагам, не вызывают образования стенозов, было впервые опровергнуто Е. Френкелем. Явления стеноза не могут иметь при дифференциальной диагностике „рак—туберкулез—сифилис кишечника“ большого значения. Туберкулезные язвы кишечника могут подвергнуться рубцеванию и обусловить появление тяжелого стеноза. Все же нужно сказать, что при сифилисе склонность к стено-

зированию выражена отчетливее и проявляется раньше, нежели при туберкулезе.

Большинство авторов в настоящее время уже отказались от того общераспространенного прежде взгляда, будто хронический ульцерозный проктит и перипроктит представляют собою страдание сифилитической природы. В действительности нередко или даже в большинстве случаев дело идет здесь о гонорройном поражении. Встречается оно чаще всего у женщин и только в редких случаях у мужчин, при чем нередко в соединении с амилоидом внутренних органов.

Уремические поносы, наступающие при почечных страданиях, только в редких случаях остаются нераспознанными. В противоположность этому, мне довольно часто приходилось наблюдать неправильное толкование этиологии ртутных энтеритов, которые нередко развиваются даже после самых незначительных доз ртути. По исследованиям Христеллера и Заммартини ртуть откладывается, помимо подкожных депо, образующихся при инъекциях, также в почках, печени и легких, в меньшем количестве в толстой кишке, селезенке и случайно также и в других органах. Поэтому при склонности к нарушениям со стороны кишечника или при уже существующем кишечном катарре (поносы) следует остерегаться назначения ртути. В подобных случаях мне даже после самых незначительных доз ртути приходилось наблюдать развитие в толстой и тонкой кишках тяжелых дифтеритических воспалений, которые вели к значительному упадку сил и очень быстро заканчивались смертью.

Самые разнообразные диагностические ошибки приходится наблюдать при картине „язвенного колита“. Нередко под названием „colitis ulcerosa“ описываются такие картины болезни, которые клинически вовсе сюда не относятся. Это касается в особенности туберкулеза, сулемового отравления, гонорройного сигмоидита и проктита. Анатомическая картина „язвенного колита“ соответствует картине бациллярной дизентерии, так что эту последнюю анатомически нельзя отличить от вызванного другими причинами тяжелого колита (colitis ulcerosa). Вообще в настоящее

время нельзя еще с точностью ответить на вопрос, в какой мере такую форму колита следует признать самостоятельным заболеванием, отличным от бациллярной дизентерии. Симптомы „язвенного колита“ во многих отношениях напоминают рак кишечника. При обоих этих заболеваниях наблюдаются почти одни и те же неправильности стула и одинаковое нарушение общего самочувствия. Поэтому смешение с карциномой вполне возможно. Опыт показывает, что часто предполагают рак там, где в действительности дело идет о язвенном колите, и, наоборот, диагностируется язвенный колит, в то время как в действительности имеется рак прямой кишки. Подобные ошибочные диагнозы, влекущие за собой весьма тяжелые последствия, наблюдаются особенно часто в тех случаях, где полагаются только на рентгеновское исследование и ректороманоскопию и упускают произвести исследование прямой кишки пальцем. Конечно, оба эти метода исследования следует применять всегда, при чем они обычно с несомненностью выясняют диагноз, но все же от ошибок они не гарантируют. Так, мне неоднократно приходилось убеждаться в том, что при глубоко сидящем, изъязвляющемся, но не образующем стриктуры раке прямой кишки ректоскоп вводят иногда в прямую кишку выше новообразования; в подобных случаях осматривают через ректоскоп участок слизистой, лежащей выше опухоли, а самую опухоль, конечно, просматривают. Поэтому нужно взять себе за правило осматривать нижние отделы кишки не только при введении инструмента, но и при его извлечении. При дифференциальной диагностике между „язвенным колитом“ и раком нужно обращать внимание также на течение болезни, которое при колите, в противоположность раку, оказывается более длительным и часто характеризуется более или менее продолжительными ремиссиями.

Актиномикотические опухоли, также развивающиеся преимущественно в этих участках, отличаются от туберкулезных опухолей тем, что актиномикоз часто и рано ведет к спайкам и инфильтрации брюшных стенок (Маттес).

При всяких условиях весьма важно из дифференциально-диагностических соображений иметь в виду все описанные здесь болезненные состояния, так как они, по крайней мере в части случаев, требуют своевременного хирургического вмешательства. Операции по поводу туберкулезных опухолей илеоцекальной области обычно дают по моим наблюдениям хороший прогноз.

Я позволю себе обратить внимание еще на одно страдание, а именно на то болезненное состояние, которое обуславливается желудочно-толстокишечной фистулой. Процесс этот встречается вовсе не так редко, как обычно принято думать. Его только большей частью не распознают, а учитывая быстро прогрессирующее похудание, отвращение к приемам пищи, характер испражнений с содержащимися в них непереваренными остатками пищи, чаще всего диагностируют рак поджелудочной железы, язвенный колит или панкреатит. А между тем диагноз такой *fistula gastroscolica* сравнительно не труден; необходимо только включить это заболевание в сферу своих дифференциально-диагностических рассуждений. Фистула образуется в тех случаях, где язва желудка или двенадцатиперстной кишки прорывается в толстую кишку. Реже мы имеем здесь прорыв рака желудка; все же мне несколько раз приходилось наблюдать подобные случаи, подтвердившиеся затем и на вскрытии¹. Со времени эры хирургического лечения *ulcus pepticum* подобные состояния стали, по моим наблюдениям, попадаться чаще, в особенности у мужчин. За короткий промежуток времени в 4 месяца только через мое отделение прошли 3 случая с *fistula gastro-jejunoscolica*. О желудочно-толстокишечной фистуле нужно особенно помнить при упорных поносах после *gastroenterostomia retrocolica posterior*, а также при фекальном *foetor ex ore* или при наблюдающейся иногда рвоте оформленным калом; все эти явления могут наблюдаться еще

¹ Нам пришлось видеть образование *fistulae gastrocolicae* при раке толстой кишки в области *flexurae lienalis*.

только у истеричных субъектов, имеющих в виду ввести окружающих в заблуждение. При всяком случае, хотя бы в отдаленной степени, подозрительном на fistula gastocolica, следует произвести рентгеновское исследование, притом не только с помощью контрастного завтрака, который по моим наблюдениям не всегда выявляет существующее между желудком и кишкой соустье, но обязательно также с помощью контрастной клизмы, которая обычно тот час же выясняет положение.

У одного больного, которому перед этим была произведена гастростомия и у которого по наличию профузных поносов с отхождением грубых, непереваренных остатков пищи (лиэнтерия), значительного похудания и т. д. можно было заранее предполагать желудочно-толстокишечную фистулу, я как-то не удосужился произвести рентгеновское исследование per rectum и ограничился исследованием per os, которое дало отрицательный результат. Последствия сказались быстро: больной после меня посоветовался с другими врачами, которые произвели рентгеновское исследование с помощью контрастной клизмы и с несомненностью установили отрицавшийся мною диагноз желудочно-толстокишечной фистулы. Предпринятая вслед за этим операция подтвердила диагноз. Через короткое время больной избавился от своего страдания.

Во многих, или пожалуй даже в большинстве случаев, разумеется только доброкачественного характера, хирургическое вмешательство оказывается прямо спасительным; иной раз, однако, после него остаются явления, зависящие от сращений.

В то время как при описанных выше случаях от операции можно в общем ожидать благоприятных результатов, существует другое болезненное состояние, поражающее, впрочем, только детей, при котором вследствие неправильного диагноза производят операции не только бесполезные, но скорее даже вредные. Я имею в виду ацетонэмическую рвоту у детей. Мне неоднократно приходилось консультировать по поводу подобных случаев, где врачи предполагали рецидивирующий аппендицит с перитонитом или без него или даже менингит, и где из такого мнимого аппендицита имелось в виду оперативное вмешательство. Несколько случаев попали под мое наблюдение уже тогда, когда перед этим была произведена аппендэктомия. Достаточно помнить о возможности этого

отнюдь не столь редкого заболевания, чтобы предохранить себя от ошибочного диагноза и бесполезной операции. Диагноз подтверждается ацетоновым запахом выдыхаемого воздуха, обнаружением в моче ацетона, ацетоуксусной и оксимасяной кислоты, а также всем течением заболевания. По моим наблюдениям едва ли возможно в детском возрасте предупредить возврат отдельных приступов. Наилучшие терапевтические результаты я видел от капельных клизм и от полного прекращения введения пищи *per os* с момента начала приступа. Иной раз при этом приходится прибегать к питанию через дуоденальный зонд.

На взаимоотношениях, существующих между органами пищеварения и остальными системами организма, я остановлюсь только коротко и ограничусь разбором тех диагностических и терапевтических ошибок, которые по моему опыту наблюдаются чаще всего и которые могут оказаться роковыми.

В этом отношении на первом месте стоит туберкулез. Он чаще всего дает повод к ошибкам, когда больные, в особенности в начале заболевания, жалуются только на явления со стороны пищеварения, в которых они и видят источник своего страдания, между тем как при тщательном исследовании обнаруживается, что все эти пищеварительные расстройства являются вторичными и зависят от начинающегося туберкулеза легких. При этом довольно часто обнаруживается более или менее значительное понижение количества соляной кислоты; со стороны эвакуаторной способности желудка едва ли встречаются заметные нарушения. По этому поводу Бамбергер говорит следующее: „Во многих случаях туберкулеза жалобы, зависящие от катарра желудка, в такой степени выступают на первый план, что они почти совершенно скрывают признаки основного заболевания“. По моим наблюдениям теперь слишком часто на основании ненадежных симптомов ставится диагноз „катарр легочных верхушек“, а на основании одной только рентгеновской картины признают наличие „активного“ туберкулеза легких, когда в действительности имеется старый, затихший процесс. У меня создалось такое впечатление, что благодаря

такому необоснованному диагнозу как самому больному, так и всей его семье, наносится социальный и психический вред. Ведь с диагнозом „туберкулез“ связан прежде всего отказ на долгий срок от работы, длительное пребывание в горах и т. д. Здесь нужно, между прочим, указать, что обычно применявшееся в прежнее время при подобных состояниях форсированное откармливание нередко приводило к очень упорным пищеварительным расстройствам. Мне кажется, что в настоящее время в этом отношении условия заметно изменились; по крайней мере за последние годы мне приходится значительно реже, чем в прежнее время, встречать случаи кишечных катарров с поносами, зависящие от подобного диететического лечения. Таких же взглядов придерживается и Ноорден.

Еще в 1889 году Фенвиком, а после него многими авторами было указано, что раковое заболевание отдаленных органов, как грудная железа, печень и поджелудочная железа, может повести к гипохлоргидрии или даже к полной ахлоргидрии.

Возможность развития при различных заболеваниях застойного гастрита общеизвестна, точно так же как и „гастрокардиальный симптомокомплекс“ (Roemheld и др.). Здесь можно только указать, что встречаются случаи истинной *angina pectoris* и нервной псевдоангины, которые довольно трудно бывает отличить от язвенной гастралгии, в особенности если дело касается больных, в действительности страдающих хронической язвой. При обоих этих состояниях все явления наступают обычно после приемов пищи, в особенности если при заболевании органов кровообращения больной тотчас же после еды начинает двигаться. Если объективное исследование не дает достаточных точек опоры для признания того или другого из этих заболеваний, то вопрос может быть разрешен только на основании дальнейшего течения и в особенности на основании результатов лечения. Лица, страдающие *angina pectoris*, обычно хорошо реагируют на диуретин, иодистый калий, строфант и на аналогичные препараты, в то время как при язвенной гастралгии успеха можно ожидать от щелочных порошков, при надобности с до-

бавлением белладоны, беллафолина, атропина или атропаверина и т. п. Само собою разумеется, что при обеих группах заболеваний необходим покой, регулирование диеты и т. д.

Я уже несколько раз упоминал о желудочных явлениях (анорексия, рвота, понос и т. д.), наступающих при хронических заболеваниях почек; я указывал также на те затруднения, которые могут возникнуть при дифференцировании илеуса от нефролитиаза. Картина „острой и хронической уремии“ достаточно хорошо известна, тем не менее нередко встречаются случаи, в особенности при первом исследовании, где остается под сомнением, имеется ли настоящая уремия или же дело идет о заболевании центральной нервной системы (менингит, геморрагия); вопрос осложняется тем, что после уремического приступа, как известно, может развиваться ограниченное тромботическое размягчение мозга. Помимо этого, тяжелые инфекционные заболевания, в особенности тиф, милиарный туберкулез и сепсис, а кроме того и различного рода отравления также могут иной раз симулировать картину уремии. Тщательное исследование мочи, определение в крови остаточного азота и т. д., а также остальное общее исследование в большинстве случаев приводят к полному выяснению причины заболевания.

По моим наблюдениям заболевания мочевых путей смешивают иногда с пищеварительными заболеваниями в другом отношении, при чем такое смешение тоже может повлечь за собой тяжелые последствия. Ко мне неоднократно поступали больные с жалобами на значительные пищеварительные расстройства и сильное похудание, при чем у них бывал поставлен неправильный диагноз „рак желудка“, в то время как в действительности имелось отравление мочей вследствие препятствия в мочевых путях на почве гипертрофии простаты, камня, раковых метастазов и т. д. Заодно укажу, что правосторонний острый пиелит или пиелонефрит часто остается нераспознанным и принимается за острый аппендицит или чаще за холецистит. Такая диагностическая ошибка часто влечет за собою совершенно ненужную операцию. За последние годы картину ост-

рого пиелита приходится наблюдать очень часто, в особенности у беременных и рожениц, а также у страдающих запором женщин, при чем по моим наблюдениям этому заболеванию не уделяют того внимания, которого оно заслуживает. Еще в большей степени это пожалуй относится к туберкулезу мочеполовых органов. Правильное и своевременное распознавание этих заболеваний имеет величайшее значение, так как отчасти при помощи внутреннего лечения и промывания почечных лоханок (при пиелите), отчасти оперативным путем (при туберкулезе) удастся оказать на них благотворное влияние.

По вопросу о зависимости, существующей между подагрой и пищеварительными расстройствами, много указаний имеется в английской литературе, а за последние годы также и в немецкой. Мне самому также неоднократно приходилось наблюдать при подагре диспептические явления, относившиеся в особенности к желудочно-кишечному тракту. Однако, я считаю еще невыясненным, можно ли эти явления рассматривать, как последствия подагры, и способны ли они дать толчок к развитию острого приступа. Состояние желудочной секреции, по моим наблюдениям, повидимому зависит от момента исследования и оказывается весьма изменчивой, обнаруживая колебания от гиперхлоргидрии до эйгипо- или даже ахлоргидрии. В противоположность этому, мне ни разу не удалось обнаружить тех нарушений эвакуаторной деятельности желудка и молочно-кислого брожения, о которых имеются указания в литературе. Я считаю в высшей степени невероятным, чтобы такие тяжелые функциональные нарушения могли зависеть от подагры, а потому позволю себе решительно предостеречь от слишком поспешного объяснения задержки и молочно-кислого брожения одним наличием мочекишечного диатеза. Скорее следует предположить, что в основе подобных нарушений лежат другие причины, существующие одновременно с заболеванием обмена веществ. Бругш указывает, что приступу часто предшествует незначительное припухание печени, и что во время самого приступа обнаруживается уробилинурия. Маттес сообщает об одном случае ошибочной диагностики, когда у страдавшей подагрой боль-

ной, на основании имевшихся пищеварительных расстройств, похудения и в особенности „ахилии“, было предположено заболевание раком желудка. Для признания висцеральной подагры также не имеется достаточных оснований.

В противоположность этому я должен признать зависимость между определенными кожными заболеваниями, некоторыми случаями крапивницы, аспергосеа, эритемы, почесухи и хронической экземы с одной стороны и пищеварительными, а также некоторыми обменными расстройствами с другой. Во всяком случае я вспоминаю о наблюдениях, где одно наружное лечение не оказывало никакого действия, и где излечение наступило только после одновременного внутреннего лечения имевшегося заболевания пищеварительных органов и обмена веществ.

Зависимость определенных пищеварительных расстройств от психических процессов и от органических заболеваний головного и спинного мозга и периферических нервов общеизвестна. Все же я не могу совершенно обойти молчанием этот вопрос. Мне приходилось наблюдать такие случаи гастрических кризов на почве *tabes dorsalis*, где всю картину заболевания ошибочно объясняли желчными камнями, и где на почве такого неправильного диагноза прибегали даже к лапаротомии. Приходилось мне видеть и такие случаи, где истинная природа заболевания спинного мозга и его связь с имевшимися желудочными явлениями выяснялась точно только после 2—3 летнего течения болезни, между тем как до этого все время применялось лечение, направленное против язвы или даже рака. Заслуга выяснения тесных взаимоотношений, существующих между „кризами“ и заболеванием спинного мозга принадлежит, как известно, Делямарру (1866); подробным описанием всей картины страдания, сохранившим всю свою ценность до настоящего времени мы обязаны Шарко. Благодаря многообразию форм проявления „кризов“, диагноз этого состояния нередко теряет свою достоверность. Уже Шарко обращал внимание на изменчивость, порой странность и неузнаваемость этого состояния, которое может проявиться только в более

поздних стадиях табеса, но все же чаще обнаруживается уже тогда, когда об атаксии и т. п. еще не может быть и речи. За последние годы мы получили точку опоры для уточнения диагностики в различных способах исследования люмбального пунктата. Можно, напр., указать, что имеется достаточное количество случаев, где реакция Вассермана в крови оказывается отрицательной, между тем как только исследование спинномозговой жидкости обнаруживает инфекцию центральной нервной системы. Я не могу, однако, умолчать, что имеется не мало и таких случаев металюэтических заболеваний нервной системы, где неоднократно и самое тщательное исследование крови и спинномозговой жидкости давало отрицательный результат.

О двух подобных случаях сообщил в 1921 году бывший старший врач моего отделения Леман; особый интерес этих случаев заключается в том, что дело касалось двух супругов. Муж при поступлении в больницу уже около 2-х лет страдал гастрическими кризами, которые наступали первоначально каждые 6—8 недель, а впоследствии стали более интенсивными и частыми. Из анамнеза выяснилось, что приблизительно за 8 лет до первого приступа он перенес люэтическую инфекцию. Несмотря на то, что тщательное исследование нервной системы, крови и спинномозговой жидкости дало отрицательный результат, мы на основании анамнеза и типичного для „кризов“ симптомокомплекса тотчас же подумали о *tabes incipiens*. Назначенное специфическое лечение оказало хорошее действие. И только через год диагноз *tabes dorsalis* подтвердился, благодаря явно патологическим, но все же не очень резким признакам.

В своих классических лекциях Шарко указывает, что подобные предтабетические периоды могут длиться 10 и даже 15 лет. „Может даже случиться“, говорит Шарко, „что больной не доживает до наступления табеса“. Я тоже знаю несколько случаев с таким течением. Выраженный *hamatemesis* и сильную *melena* я на основании полученного на вскрытиях опыта не рассматриваю в смысле Шарко, как „*crises poires*“, или как последствие натуживания, благодаря сильной, длящейся иногда несколько дней подряд рвоте, а объясняю осложнением язвы, существующей наряду с *tabes* и зависящей от страдания блуждающего или симпатического нерва. Та кровавая рвота, которая зависит исключительно от „кризов“, представляет собою, на основании моих многочисленных наблюдений, рвоту небольшими

количествами свежей крови, иногда с примесью небольших окрашенных кровью частиц слизистой оболочки. Аналогичные указания встречаются и в литературе (Экснер и Шварцман, Фульль и Фридрих, Крон). С другой стороны, Минтц сообщает о таких случаях, где язва симулировала картину гастрических кризов. Он даже говорит о псевдотабетической форме язвы, которая по его наблюдениям локализуется обычно на малой кривизне или в области привратника. Мне тоже попадались случаи язвы с таким течением.

Я не согласен с существованием особой картины болезни, описанной Лейденом под названием „периодической рвоты“. По мнению Лейдена состояние это только напоминает табетические желудочные кризы, но не имеет с ними ничего общего. В действительности за этим скрывается серьезное страдание центральной нервной системы, обычно в виде „*tabes incipiens*“. Само собою разумеется, что при гастрических жалобах, в особенности при рвоте, тем более если она сопровождается головными болями, приступами головокружения и т. д., нужно всегда подумать и о других заболеваниях центральной нервной системы, прежде всего об опухолях мозга, о *lues cerebro-spinalis* и т. д. От диагностических и терапевтических ошибок может нас предохранить только полное исследование всех органов и систем, с применением всех имеющихся в нашем распоряжении вспомогательных диагностических средств, а при надобности с участием соответствующих специалистов (офтальмолога, отомолога и т. д.). Но и при самом тщательном исследовании иной раз приходится ограничиваться предположительным диагнозом, так как нельзя забывать и о возможности симуляции, когда больной, в особенности в больнице, по тем или иным соображениям с большим или меньшим искусством старается ввести врача в заблуждение.

Я мог бы привести целый ряд примеров, но ограничусь только отдельными замечаниями. Одна молодая девушка старалась нас обмануть, при чем симулировала повышение температуры до 39° и выше и жаловалась на долго длящиеся поносы. На основании довольно хорошего и свежего вида больной у меня, несмотря на все возражения моих сотрудников, возникло предположение о симуляции. Проверочное измерение температуры в *rectum* не обнаружило отклонений от

нормы. Поносы, в существовании которых мы убедились, вызывались ежедневными приемами Карлсбадской соли, большой пакет с этой солью мы нашли у больной в постели.

Преднамеренным введением в заблуждение нужно считать и то, если женщина, являющаяся к врачу за советом по поводу рвоты и других пищеварительных расстройств, умышленно умалчивает о том, что менструации, протекавшие всегда правильно, за последнее время прекратились. Так, мне не раз приходилось исследовать молодых девушек, которые в течение ряда недель подвергались, разумеется без всякого успеха, противоязвенному лечению, между тем как в действительности имелась беременность с сильными рвотами. Подобные ошибки происходят особенно легко в тех случаях, где вопрос идет о молодых девушках из так наз. хорошего общества, и где врачу даже в голову не приходит возможность беременности.

О мнимой каловой рвоте у истеричных субъектов я уже упоминал.

Пример редкой терапевтической ошибки, допущенной правда самим больным, дает следующий случай: в больницу явился мужчина 28-ми лет с жалобами на понос, явления со стороны прямой кишки. При ректальном исследовании врач натолкнулся на инородное тело, характер которого он не мог вначале определить. Оказалось, что это был стакан, который больной, желая повидимому, остановить понос, ввел в прямую кишку дном кверху. Так как все попытки извлечения, произведенные как самим больным, так и врачами больницы, оказались безуспешными, то больной был переведен в хирургическое отделение. Здесь стакан с величайшим трудом был извлечен по частям с помощью наружной ректомии и резекции копчика. Слизистая оболочка прямой кишки оказалась при этом сильно поврежденной и частично с поверхности узурированной, так что пришлось накладывать швы.

Я разобрал здесь много важных и, как мне кажется, интересных вопросов, при чем я опирался главным образом на собственные наблюдения и исследования, а также на многочисленные работы своих сотрудников. Надеюсь, что мне удалось показать, как тяжелы могут быть последствия диагностических ошибок как раз в области заболеваний пищеварительных органов.

ГОСУДАРСТВЕННОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО РСФСР

ПРАВЛЕНИЕ: МОСКВА, М. ЧЕРКАССКИЙ, 2/6.

ЛЕНИНГРАДСКОЕ ОБЛАСТНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ: Контора—ул. Пролет-
культа, 1, тел. 660-30. Торготдел и оптово-розничный магазин—
пр. Володарского, 53-а, тел. 257-80 и 405-74.

И. БААС.—Основы диететики при желудочно-
кишечных заболеваниях. Под ред. пр.-доц.
Н. Мюллера. Стр. 34 Цена — р. 35 к.

Н. ШТРАУС., проф.—Ошибки в диетотерапии.
Пер. д-ра Г. Кон. Под ред. доц. И. Биче-
ринского. Стр. 76. „ 1 р. —

Ф. КЛЕВИЦ, проф.—Руководство по диетоте-
рапии внутренних болезней. Пер. д-ра
И. ГУРЕВИЧА. Под ред. прив.-доцента
Н. Мюллера. Стр. 232, в переплете 2 р. 10 к.

А. ЛЮГЕР и Э. ШПИГЕЛЬ.—Боли в брюшной
полости, их сущность и клиническое зна-
чение. Пер. д-ра И. Гуревича. Под ред.
проф. М. Кончаловского. Стр. 64. . . . „ — 40 к.

КЕЛЛИНГ, проф.—Диететика и послеопераци-
онное ведение при операциях на желу-
дочно-кишечном тракте. Пер. с немецкого
под ред. прив.-доц. Н. Мюллера. Стр. 164. „ 1 р. 40 к.

**ЛЮБУЮ МЕДИЦИНСКУЮ КНИГУ ВЫСЫЛАЕТ
НАЛОЖЕННЫМ ПЛАТЕЖОМ
Ленинград, Госмедиздат, „КНИГА—ПОЧТОЙ“**